Rok LII. Kraków, dnia 26. kwietnia 1913. Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę paratyfusu (duru wrzekomego) i duru mandżurskiego,

przez

H. Fidlera (Radom) [1]).

Ramy niniejszego artykułu muszę rozszerzyć ze względu na to, iż znajomość spraw, wymienionych w nagłówku, jest mało rozpowszechniona wśród naszych lekarzy. O durze mandżurskim nie posiadamy w polskiem piśmiennictwie ani jednej pracy, zaś o paratyfusach od r. 1899, t. j. od chwili pojawienia się pierwszych o nich wiadomości, zaledwie 3: 1) referatową Rozentala, drukowaną w »Czasopiśmie lekarskiem« z 1906 r., stanowiącą streszczenie wiadomości o paratyfusach do 1906 r., 2) kliniczną Jakowskiego w »Nowinach lekarskich« w r. 1907, oryginalną, stanowiącą opis niewielkiej epidemii domowej w Warszawie i 3) bakteryologiczną Kučery (ze Lwowa) w »Przeglądzie lekarskim« z r. 1906. Tuby można zaliczyć i pracę Stankiewicza (Lwów) w »Przeglądzie lekarskim« z 1905 r., traktującą właściwie o zatruciach mięsnych, lecz blizko dotyczącą omawianego przezemnie przedmiotu. Wobec powyższego zmuszony jestem dać szkic kliniczny, epidemiologiczny i anatomopatologiczny wymienionych chorób dla łatwiejszej oryentacyi.

A. Paratyfusy.

Nie uszło uwagi badawczych umysłów dawniejszych lekarzy, iż zespół objawów, zwanych durem, posiada różne czynniki etyologiczne. Już w 1839 r. spostrzegano w Adelfingen epidemiczną chorobę, podobną do duru, a wywołaną przez spożycie mięsa cielęcego. Stwierdzono również przypadki następczego zakażenia się od osób, które chorowały po spożyciu owego mięsa. Bollinger, Griesinger, Liebermeister wyrazili wątpliwość, czy dur jest jednolitą jednostką patologiczną. Eberth w 1898 r. w Kloten spostrzegał 600 przypadków cierpienia durowego. Na sekcyi dwóch chorych stwierdził zmiany anatomopatologiczne, właściwe durowi. Zadawał sobie jednak pytanie, czy był to istotny dur, czy jego odmiana, czy też choroba, podobna do duru, a wreszcie, czy istnieje tylko jedna postać duru brzusznego, czy też różne jego odmiany.

Dopiero systematyczne badania Schottmüllera w 1899 r. i 1900 r. dowiodły, iż zespół objawów, zwany durem, może być wywołany przez pasorzyty, odmienne od durowych. Odkrycie to zachwiało wiarę w jednolitość jednostki patologicznej, zwanej durem brzusznym.

Schottmüller wyodrębnia dwa rodzaje drobnoustrojów: a) »bacillus paratyphosus A, seu acidumfaciens«, gdyż w podłożach wywiązuje kwasy i b) »bacillus paratyphosus B, seu alcalifaciens«, gdyż w podłożach wywiązuje zasady.

Mamy więc 2 rodzaje zachorowań: paratyfus A i paratyfus B. Paratyfus B jest bardziej rozpowszechniony i o wiele ważniejszy. Od niego opis rozpoczynam.

I. Paratyfus B.

W r. 1896 Achard i Bensaude wyhodowali z ropy jednego chorego i z moczu drugiego b. paratyphosus B, a nawet podali nazwę »infection paratyphoidique«, lecz nie wyodrębnili osobnej postaci chorobowej. Toż samo i Gwyn w 1898 r., wyhodowawszy owego pasorzyta ze krwi chorego. Badania Schottmüllera w r. 1899 i 1900 dowiodły, iż paratyfus jest odrębną jednostką chorobową. Potwierdzili to wkrótce Kurth, Brion, Kayser, Arzt, Boese, Fromme, Kutsche, Hübener, Jakowski, Kučera, Klimenko, Barykin, Złatogorow i inni. Odzywały się wprawdzie głosy, że podział na tyfusy i paratyfusy jest nieracyonalny i zbyteczny, gdyż klinicysta nie może i nie ma potrzeby odróżniać duru brzusznego od paratyfusu. Przedstawicielami tego kierunku są Sacquepée i Jürgens.

Sąd taki jest błędny, gdyż 1) rokowanie w paratyfusie jest o wiele lepsze, aniżeli w durze brzusznym; 2) z chwilą, gdy posiądziemy swoiste środki lecznicze dla poszczególnych chorób zakaźnych, ścisłe rozpoznanie staje się niezbędnem; 3) znajomość tych spraw ma poważne znaczenie pod względem zapobiegawczym.

Paratyfus, podobnie jak dur, ma wieloraką postać zależnie od zachorowań poszczególnych narządów, całych systemów narządów lub krwi.

Dzielimy go przeto na: 1) paratyfus brzuszny (paratyphus abdominalis) i 2) cierpienia paratyfusowe narządów, jakoto: enteritis, pyelitis, endometritis, cholecystitis, meningitis, otitis media, pleuritis, bronchopneumonia, endo- et

[1]) Odczyt, wygłoszony w Towarzystwie lek. radomskiem d. 29. IX. 1912 r.

pericarditis paratyphosa z bakteryemią t. j. obecnością drobnoustrojów we krwi.

Paratyfus brzuszny przebiega pod dwiema postaciami: a) ściśle durową (paratyphus abdominalis), b) ostrego lub przewlekłego nieżytu żołądka i jelit (gastroenteritis acuta seu cholera nostras et gastroenteritis chronica).

Paratyfus zawdzięcza swe powstanie po największej części spożyciu mięsa, przeto cierpienia tego rodzaju zaliczano dawniej do t. zw. zatruć mięsnych, występujących niekiedy masowo.

Zatrucia mięsne mogą być wywołane przez różne drobnoustroje, głównie zaś przez grupę Salmonella.

Rozróżniamy tutaj 2 podgrupy:

a) Do pierwszej podgrupy paratyfusu B należą: prątek paratyfusu B (Schottmüllera), hoghcholery B, psittacosis B (Noccard), duru mysiego B (Löfflera), wrzekomej gruźlicy morskich świnek; prątki chorobotwórcze typu: Flügge, Aertryck, Poznań, Düsseldorf, Greifswald, biorące swe nazwy albo od nazwiska odkrywcy, albo miejscowości, nawiedzonej przez epidemię zatruć mięsnych.

b) Do drugiej podgrupy Gärtnerowskiej należą: b. enteritidis Gärtneri, b. Moorsele, Gent, Brugge; chorobotwórcze dla szczurów Dunbara, Danysza, Stankiewicza i t. p.

Oprócz powyższych — objawy zatrucia mięsnego mogą wywołać jeszcze następujące drobnoustroje: Prątek okrężnicy (Dineur, Hoefnagel, Silberschmidt), szczególnie jego podgatunek — »b. coli haemolyticus« (Schottmüller, Much i Lorey), odmieniec (Silberschmidt, Levy, Schumberg), gronkowiec złocisty (Kuborn) i dwoinki (Harrevelt).

Od powyższego cierpienia należy odróżnić zatrucie mięsne zw. zatruciem kiełbasianem (botulismus), wywołane przez b. botulinus Ermengema, tak ze względu na swoiste zmiany, wywołane w pokarmach przez te drobnoustroje, jakoteż ze względu na znamienne objawy chorobowe.

W mięsie pod wpływem wspomnianego pasorzyta rozwijają się gnilne alkaloidy, ptomatropiny, wywołujące objawy, podobne do zatrucia atropiną.

Pasorzyty, wymieniane wyżej w 2 podgrupach grupy Salmonella, mają bardzo wiele podobieństwa pod względem hodowlanym, natomiast różnią się znacznie pomiędzy sobą pod względem biologicznym, czego najlepszym dowodem jest ich zachowanie się względem surowic chorych lub wysoce uodpornionych. Te surowice sklejają w odpowiedniem rozcieńczeniu homologiczne prątki; nie sklejają zaś prątków drugiej podgrupy, czyli heterologicznych. Wprawdzie bywają tutaj liczne wyjątki. Oprócz tego miano surowicy bywa różne nawet dla drobnoustrojów z danej podgrupy. Najwybitniejsze różnice zachodzą pomiędzy szczepami chorobotwórczymi dla człowieka, a takimiż dla zwierząt. Różnice te można usunąć z biegiem czasu, przeprowadzając drobnoustroje przez ustroje zwierzęce.

Prątki podgrupy Gärtnerowskiej mają ścisłe powinowactwo do prątków durowych Essertha, gdyż ulegają sklejaniu pod wpływem surowicy durowej, jak również ulegają wpływowi durowych bakteryolizyn i bakteryotropin, oraz dają odczyn odchylenia dopełniacza z surowicą durową (Attinan).

Doświadczenia z czynnem uodpornieniem zwierząt poszczególnymi szczepami z obydwu podgrup dowiodły ich odrębności. Np. zwierzęta, uodpornione przeciwko prątkom paratyfusu B, były odporne na zakażenie durem mysim B, lecz ulegały zakażeniu prątkiem Gärtnera i odwrotnie.

Morfologia prątka.

Prątek paratyfusu B jest to laseczniк wielkości prątka durowego, obdarzony żywymi ruchami, zaopatrzony w liczne biczyki. Według Gramma się nie barwi. Względny beztlenowiec, rozwija się na wszystkich podłożach; mleka nie ścina, przeciwnie mleko po pewnym czasie staje się przeźroczystem. Prątek ten na agarze wywiązuje niewielką ilość gazu, na agarze z czerwienią obojętną (Neutralrotagar) wywiązuje gazy i wytwarza fluorescencyę. Na pożywce Conradi-Drigalskiego tworzy cienkie niebieskie kolonie; indolu nie wytwarza; cukier trzcinowy nie ulega pod jego wpływem fermentacyi, przeciwnie zaś zachowuje się cukier gronowy.

Prątek ten jest chorobotwórczy dla zwierząt. Myszy, szczury, świnki morskie giną po podskórnem, śródżylnem, śródotrzewnem zakażeniu nieznacznemi dawkami, jak również przy karmieniu hodowlami. Po wstrzyknięciu tworzy się martwica krwotoczna lub ropienie i prawie zawsze rozwija się posocznica; prątki przechodzą do krwi.

Prątki wytwarzają w hodowli jady, odporne na wysoką ciepłotę.

Karmienie morskich świnek gotowanemi hodowlami bulionowemi może wywołać zachorowanie, zaś wstrzyknięcie takich hodowli do otrzewnej śmierć zwierząt doświadczalnych. Przypadkowe zakażenie może wywołać u niektórych zwierząt ostry nieżyt jelit, u cieląt czerwonkę, posocznicę, zapalenie opłucnej. U bydła rogatego wywołać może takie zakażenie posocznicę połogową, ropnicę, ropnie w wymionach i posocznicę zwykłą. Prątek ten jest chorobotwórczy i dla krów, owiec, szczurów, gęsi i wielu innych zwierząt. U świń, cierpiących lub padłych na mór świński, często go spotykamy, jako pobocznego pasorzyta. (Istotnego zarazka tej choroby nie znamy do tej pory).

Epidemiologia.

Prątek paratyfusu B jest bardzo rozpowszechniony w przyrodzie. Stwierdzono jego obecność w kale zdrowych świń i ludzi, w wodzie, w lodzie z rzek i jezior, w rybach, ślimakach, ostrygach, homarach, w kale i mięsie chorych zwierząt, przeznaczonych na rzeź z konieczności (Nothschlacht) wskutek jakiegokolwiek cierpienia, w przetworach mięsnych: salami, kiełbasa, studzenina, w mleku, potrawach roślinnych, zakażonych przez myszy i szczury, które również podlegają zachorowaniu, w mięsie zdrowych zwierząt, zarówno surowem, jak i gotowanem lub wędzonem. Przechowywanie mięsa na lodzie sprzyja w znacznym stopniu zakażeniu go przez prątek paratyfusu B (Waldmann, Fürst, Rommeler, Gäthgens, Hübener, Schöne, Conradi, Albo, Bordos, Trautmann, Rimpau, Uhlenhuth, Jakowski, Stankiewicz, Kučera, Korte, Prigge, Sachs, Müke).

Klimienko wykrył prątki paratyfusu B w jelitach zdrowego psa. Karmił zdrowego psa hodowlami tegoż prątka; pies nie zachorował. Doświadczenie to jednak wskazuje, że i stały kontakt ludzi z psami może wywołać zakażenie. Conradi stwierdził, że jednem ze źródeł zakażenia jest naturalny lód, używany do przechowywania mięsa. Badał tedy 151 prób lodu, wziętych z różnych składów i w 18

znalazł typowe prątki paratyfusu B. Najwięcej prątków znajdowało się zwykle w środku kawała lodu, najmniej na jego powierzchni. Zgadza się to z badaniami Albo i Bordosa, którzy stwierdzili, iż podczas zamarzania wody prątki dążą z powierzchni do środka, gromadzą się tam, gdzie zamarzanie następuje najpóźniej.

Trautman dowiódł, iż prątki w największych kawałach mięsa przeciskają się z powierzchni w głąb w przeciągu 48 godzin. W lecie podczas upałów lód topnieje prędko, prątki rozmnażają się szybko, a mięso styka się z najgłębszemi warstwami lodu zakażonego. Tym sposobem przechowywanie nawet najświeższego i najlepszego mięsa w lodzie z jezior i rzek rodzi poważne niebezpieczeństwo pod względem sanitarnym.

Ciekawe również doświadczenie wykonał Stankiewicz. Dwa duże kawałki mięsa o równoległym przebiegu włókien wycięto jałowo w postaci słupów wielkości $18 \times 4 \times 5$ cm. z większych kawałków mięsa — zaraz po zabiciu w rzeźni młodego wołu. Umieszczono je w jałowych naczyniach. Po stwierdzeniu ich jałowości zakażono oba na jednym końcu, a mianowicie jeden kawałek na górnej powierzchni przez posmarowanie łyżeczką platynową, zakażoną prątkami, wyhodowanymi ze zwłok człowieka, zmarłego na cholerę swojską, prątkami z grupy Gärtnerowskiej; drugi zaś kawałek mięsa zakażono również na jednym końcu, ale wewnątrz, przez ukłucie igiełką strzykawki do głębokości 2 cm. i wpuszczenie kropli hodowli bulionowej tychże drobnoustrojów. Naczynia trzymano w 7—9° C. — W pierwszym przypadku stwierdzono, że droga, jaką przebyły drobnoustroje w ciągu doby, wynosiła około 8 cm., po 48 godzinach wolny był jeszcze przeciwległy kawałek, ale już w odległości $1^1/_2$ do 2 cm od niego stwierdzono obecność prątków, po 60 zaś godzinach całe mięso roiło się od nich. W drugim kawałku na górnej powierzchni, wyżej miejsca ukłucia, wykryto prątki już na drugi dzień. Trzeciego dnia były one w połowie długości kawałka, na przeciwległym zaś końcu zjawiły się dopiero 4. dnia. Doświadczenie to dowodzi, jak szybko rozmnażają się prątki w mięsie martwem, a z drugiej strony, że w tym samym czasie przebywają dłuższą drogą wzdłuż włókien mięsnych, aniżeli w poprzek.

Jak mówiłem wyżej — gotowanie lub smażenie mięsa nie chroni od zachorowania, gdyż z jednej strony jady są bardzo odporne na działanie wysokiej cieploty, z drugiej i drobnoustroje nie giną, np. przy przygotowaniu kiełbasy. Podczas gotowania bowiem ścięte białko mięsa stanowi zły przewodnik ciepła, tworzy pancerz ochronny dla usadowionych w głębi drobnoustrojów. Podobno (Conradi) w lecie przy wyrobie kiełbas kładą do zmielonego mięsa kawałki lodu w celu zwiększenia lepkości masy, co również może być źródłem zakażenia tego produktu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Nowotwory łagodne w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach.

Studyum kliniczne

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

(Ciąg dalszy).

Anatomia patologiczna. Nazwa »polip nosa«, jak już wspomniałem, datuje się od czasów Hippokratesa i oznacza wogóle łagodne nowotwory. Pod względem formy, w jakiej występują, P. Heymann dzieli polipy nosa na 1) polipy, wiszące na szypułce (gestielte Polypen, lub gestielte Nasengeschwülste), odpowiadają one »właściwym polipom« Zuckerkandla, lub »śluzowym polipom« Hopmanna, 2) guzy łagodne wzgl. polipy na szerokiej podstawie, odpowiadają one »polipowatym przerostom« Hopmanna i Zuckerkandla (»polypoide, oder polypöse Hypertrophien«) 3) brodawczaki lub brodawkowe polipy (Papillome, oder papillare Polypen), odpowiadają one nazwie »polip malinowy« (Himbeerpolyp) Hopmanna.

Co się tyczy wielkości (rozmiarów) t. zw. polipów nosowych, to bywa ona różna, począwszy od tak drobnych, jak łebek szpilki, aż do orzecha włoskiego, a nawet jaja kurzego. Jeden z operowanych przezemnie polipów śluzowych u 12-letniego chłopca dochodził kolosalnych rozmiarów ($8^1/_2$ cm. długości, 4 cm. szerokości[9]). W przypadku Jurasza polip nosowy miał 11 cm. długości. M. Schaeffer operował jeszcze większy (14 cm. długości). P. Heymann w swoim zbiorowym podręczniku chorób nosa i krtani[10]) podaje również rysunek polipa kolosalnych rozmiarów. Polipy te, przedewszystkiem znaczne w wymiarze podłużnym, jako zazwyczaj rozwijające się w kierunku jamy nosowogardłowej, zaliczyć jednakże należy do kategoryi polipów nosowogardłowych.

Co się tyczy postaci, w jakiej występują polipy nosowe, to bywa ona również różnorodna, co przedewszystkiem zależy od siedziby oraz ilości tychże polipów, a więc to więcej okrągła, to owalna, to gruszkowata, najczęściej nieregularna. Z rzadkich form spostrzegałem polipa, podobnego do zęba trzonowego (obacz rysunek w moim podręczniku chorób nosa).

Zazwyczaj polipy nosowe bywają osadzone na mniej lub więcej cienkiej szypułce (nóżce), stąd nazwa polip, czasami jednakże na mniej lub więcej szerokiej podstawie.

Powierzchnia polipów nosowych bywa najczęściej gładka, czasami nierówna, zabarwienie żółtawe, czasami mniej lub więcej czerwone, co zależy od mniejszego lub większego unaczynienia, utkanie przezroczyste, jak galareto-śluz, stąd pochodzi nazwa polip galaretowaty, »śluzowy«,

Rzadziej polipy nosa bywają pojedyncze i wtedy najczęściej są one dużych rozmiarów; zwykle ilość ich jest znaczna: kilka, kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt sztuk u jednego osobnika, a nawet w jednej tylko jamie noso-

[9]) Rysunek tego polipa znajduje się w moim podręczniku chorób nosa, Warszawa 1897, p. 160.

[10]) loco citato — p. 793.

wej nie jest rzeczą rzadką. Przypominam sobie przypadek, dotyczący 40-kilkoletniego chorego, u którego z lewej jamy nosowej znacznie zniekształconej (rozdętej) usunąłem 56 mniejszych i większych polipów. W innych znowu przypadkach (19-letnia panna, 49-letni aptekarz) usunąłem 45 i 35 polipów i t. p. Jurasz wyjął przeszło 75 polipów z obu jam nosa. P. Heymann wspomina o przypadku, gdzie usunięto przeszło 100 polipów z obu jam nosowych.

Wogóle nawet wtedy, gdy podczas badania wziernikiem nosowym widzimy na razie jeden, lub najwyżej parę polipów, nie powinniśmy temu dowierzać, zwykle bowiem po ich usunięciu okazuje się cały szereg ukrytych za nimi dalszych polipów. Jurasz również zwraca uwagę na ten fakt. Zbitość polipów nosowych, zwłaszcza wiszących (na szypułce), prawie stale bywa miękka; dają się one z łatwością uginać, podnosić ku górze zapomocą zgłębnika; tem się tłomaczy ta okoliczność, że w stosunkowo wązkiej jamie nosowej mieścić się może tak znaczna ilość, lub tak znacznych rozmiarów polipy.

Polipy o szerokiej podstawie zwykle odznaczają się większą zbitością (t. zw. włókniaki). Są wreszcie i postacie przejściowe, kombinowane.

Co się tyczy siedziby w znaczeniu ściślejszem, to jest punktu wyjścia polipów nosowych, to w większości przypadków nie udaje się go z całą pewnością odnaleść, co zwłaszcza w przypadkach licznych polipów nosowych łatwo zrozumieć (M. Mackenzie, P. Heymann).

Najczęściej polipy nosa biorą początek z zewnętrznej ścianki, zwłaszcza na częściach kańciastych kości sitowej w okolicy średniej małżowiny i średniego przewodu nosa, t. zw. hiatus semilunaris, mianowicie na dolnej jego wardze (processus uncinatus), oraz w okolicy otworów zatok bocznych nosa. Wyższy odcinek nosa, t. j. okolica górnej małżowiny według Zuckerkandla nigdy nie bywa punktem wyjścia polipów nosowych, z czem się jednakże nie zgadza Jurasz, a co i ja na zasadzie dwóch spostrzeżeń potwierdzić mogę.

O wiele rzadziej polipy nosa sadowią się na dolnej małżowinie, gdzie natomiast częściej bywają brodawczaki, oraz polipowate przerosty; te również i na małżowinie średniej (w przednim odcinku), następnie na przysadzie nosa i to najczęściej w części jej przedniej (t. zw. guzy wzg. polipy krwawiące), zwykłe natomiast polipy śluzowe należą tu do rzadkości (ja spostrzegałem 8 tego rodzaju przypadków, Jurasz 2). Bardzo rzadko też punktem wyjścia polipów nosa bywa lemiesz (P. Heymann) oraz dno nosa (częściej włókniaki i chrząstniaki). Jurasz ani razu nie widział polipa, wychodzącego z małżowiny dolnej oraz na dnie nosa. Ja spostrzegałem 4 przypadki polipów (włókniaków) na małżowinie dolnej nosa oraz 3 razy na dnie (z tych raz obustronne). Polipy nosa nieco częściej[11]) bywają jednostronne' (na 1143 przypadków w mojej praktyce 593 razy), aniżeli obustronne (550 razy); z jednostronnych nieco częściej po stronie lewej (303 przyp.), aniżeli prawej (290 przyp.). Ciekawy jest fakt, na który zdaje się nikt dotąd nie zwrócił uwagi, że u kobiet częściej polipy nosa zdarzają się z lewej strony, aniżeli z prawej. Według obecnie przyjętego ogólnie poglądu, który datuje się jeszcze od Frerichsa (1843 r.), potwierdzony następnie przez Billrotha, Zuckerkandla, Hopmanna, wreszcie P. Heymanna (1886—1899), t. zw. polipy śluzowe nosa nie są to właściwe nowotwory »sensu strictiori«, lecz po prostu następstwa zapaleń wzgl. przerosty błony śluzowej (wahre Hypertrophie der Schleimhaut in allen ihren Theilen« Billroth), przyczem wspólną dla wszystkich polipów cechą jest ich »budowa z przerosłych prawidłowych części składowych błony śluzowej, a więc przedewszystkiem tkanki podstawowej t. j. łącznej« (P. Heymann).

Te to przerosty obrzękowe z upodobaniem występują na błonie śluzowej, pokrywającej kości sitowe (Alexander, Hajek, Polyak), przyczem płyn, zawarty w takich guzach, nie jest śluzem, jak to jeszcze utrzymywał Virchow (stąd nazwa »śluzak« »myxoma resp. polypus myxomatodes« jest niewłaściwa), lecz płynem surowiczym, powstałym według jednych drogą przesięku (transsudatio, Alexander, Hopmann), według zaś innych (Zuckerkandl, Okada) drogą wysięku (exsudatio). To drugie jest prawdopodobniejsze, jakkolwiek P. Heymann przypuszcza możliwość obu tych czynników. Wspólną przyczyną dla tych przerostów iest zapalenie, początkowo powierzchowne, a następnie sięgające do głębszych warstw t. zw. przestrzeni szpikowych (Markraume, Hajek).

Lewy[12]) znajdował w polipach nosowych kryształy Charcot-Leydenowskie; według Seiferta i Kahna (1895) są one obfite szczególnie w tych przypadkach, gdzie jest dużo komórek eozynochłonnych. Stepanow[13]) znajdował w polipach nosowych t. zw. kule szkliste, które identyfikuje z takiemiż w twardzieli nosa (rhinoscleroma). W ostatnich czasach również Polyak[14]) w polipach nosowych opisywał twory jednolite (homogene Kugel) okrągłe lub owalne w komórkach, zarówno w tkance łącznej, jakoteż i w warstwie nabłonkowej, a barwiące się zapomocą kwaśnej fuksyny na kolor wiśniowy. Co do znaczenia tych tworów, które i ja w swoim czasie miałem sposobność spostrzegać, nic dotąd pewnego nie da się powiedzieć. Wreszcie Kalischer[15]) ostatnimi czasy na podstawie specyalnych badań (Methylenblaumethode) utrzymuje, że t. zw. polipy śluzowe nosa bynajmniej nie są tak ubogie w nerwy, jak to dawniej utrzymywano (Billroth). W pierwszych latach mojej praktyki, a więc mniej więcej przed 25 laty, zajmowałem się w tutejszym Instytucie anatomopatologicznym pod przewodnictwem ś. p. Dziekana Brodowskiego i Prof. Przewoskiego również budową drobnowidową w 30 przypadkach operowanych przezemnie polipów nosowych. Na podstawie tych badań skłonny byłbym dzielić polipy na następujące postacie:

1) fibroma molle (oedematodes — Zarniko) simplex, t. j. zwykłe polipy śluzowe; najczęstsza postać, przeważnie na szypułce;

2) fibroma durum (fibrillare — P. Heymann), odmiana przeważnie występująca w guzach (polipach) jamy nosowo-gardłowej, przyczep przeważnie szeroki;

3) papilloma (brodawczak wzgl. polip brodawkowy),

---

11) Jurasz przeważnie częściej nieco widywał polipy nosa obustronne, z jednostronnych zaś nieco częściej z prawej strony.

12) Arch. f. Laryng. B. I, p. 259 etc.

13) Über cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut. Ibidem B. I 1893.

14) Bost. med. and. surg. Journal 23. XI. 1893.

15) Rev. inter. de laryng. 10. III. 1894.

przeważnie występujący na małżowinach nosowych dolnych; P. Heymann odróżnia tu jeszcze dodatkową odmianę »epithelioma benignum« w przeciwieństwie do nabłoniaków z charakterem złośliwym;

4) adenofibroma, t. j. włókniak (polip) gruczołowy;

5) fibroma cysticum (włókniak wzgl. polip torbielowy), wreszcie

6) fibroma angiomatodes s. telangiectodes, t. j. włókniak wzgl. polip unaczyniony, czyli t. zw. klinicznie polip krwawiący przegrody nosa.

Same nazwy już wskazują na charakter tych guzów: w pierwszej i drugiej postaci tkanka łączna podśluzowa, bądź luźna, zbliżona do zarodkowej w t. zw. śluzowych polipach szypułkowych, bądź bardziej zbita (w polipach o szerokiej podstawie oraz brodawczakach) tworzy sieć (reticulum) z okrągłemi przeważnie, a według P. Heymanna i wrzecionowatemi komórkami, której oczka wypełnione są mniejszą lub większą ilością płynu surowiczego, zależnie od zbitości polipa. Polipy te pokrywa prawidłowy, a więc cylindryczny migawkowy nabłonek, rozrastający się w postaci brodawek w odmianie »papilloma«, oraz zmieniający niekiedy swój charakter w płaski (metaplasia), wrastający w podłoże (epithelioma benignum P. Heymann), oraz zawierają one gruczoły, po większej części niezmienione. Te gruczoły są tylko w małej ilości, z wyjątkiem odmiany »adenofibroma«, przyczem niekiedy wytwarzają się w przewodach wyprowadzających, lub w oddzielnych pęcherzykach gruczołowych, liczne torbiele (fibroma cysticum). Te torbiele dochodzą niekiedy do bardzo znacznych rozmiarów, tak że przy operacyi zapomocą pętli wyjmujemy poprostu twór torebkowaty, którego płynna treść jednocześnie się wylewa. Przypadków takich spostrzegałem w swojej praktyce 12, w jednym z nich, dotyczącym 29-letniego kupca istniały jednocześnie 3 torbiele polipowe. Wreszcie zawierają polipy nosowe i naczynia, najgęściej u podstawy guza; są one niekiedy bardzo obfite, tworząc przestrzenie między sobą się łączące (fibroma angiomatodes s. cavernosum).

Brodawczaki w jamach nosowych nie należą do zbyt częstych. W praktyce mojej leczniczej i prywatnej na ogólną liczbę 1143 guzów łagodnych w nosie, spostrzegałem je tylko 33 razy, co stanowi około 3%. Jurasz na 228 — 13 t. j. około 6%, a więc dwa razy częściej, co się prawdopodobnie tłomaczy tem, że materyał jego pochodził tylko z praktyki poliklinicznej, gdzie wogóle częściej nasuwają się rzadsze postacie.

Jak już wspomniałem, siedzibą brodawczaków, niemal typową, jest dolna małżowina i to przeważnie jej przedni (rzadziej środkowy — Jurasz, lub tylny) odcinek. Jurasz np. na 13 przypadków w 12 widział guzy te na małżowinach dolnych, raz zaś tylko na średniej (73-letnia chora, brodawczak wielkości maliny.

Ja również na 33 przypadków w 29 widziałem i operowałem brodawczaki na dolnej małżowinie, natomiast 4 razy na przegrodzie nosa, z tych w 2 przyp. (szczególnym zbiegiem okoliczności oba u księży 44- i 35-letniego) siedzibą była przegroda chrząstkowa w części dolnej po stronie lewej; w jednym guz kalafiorowaty 2 cm. długości, w drugim guz wielkości i wyglądu maliny.

Na zaznaczenie zasługuje przypadek brodawczaka na małżowinie dolnej lewej u 20-letniej szwaczki, u której jednocześnie istniał też brodawczak wielkości orzecha włoskiego w jamie nosowogardłowej, mianowicie na stropie (tonsilla pharyngea). Oba guzy zostały usunięte zapomocą pętli galwanokaustycznej (drugi pod kontrolą lusterka i przy pomocy samotrzymającego się haka podniebiennego M. Schmidta).

Naczyniaki wzgl. włókniaki unaczynione. O ile pierwsze, t. j. właściwe naczyniaki, zdarzają się w jamach nosowych rzadko (Jurasz spostrzegał je tylko 2 razy na 228 wogóle guzów łagodnych nosa, ja na 1143 przypadków — 8 razy, i to wyłącznie na przegrodzie nosa, wielkości od prosa do orzecha laskowego, Jurasz natomiast raz na małżowinie dolnej), o tyle znowu włókniaki unaczynione, przedstawiające się klinicznie pod postacią tzw. guzów (polipów) krwawiących nosa, zdarzają się względnie dość często, mianowicie w mojej praktyce 21 razy. O tego rodzaju tworach pisano wiele (Schadewaldt, Alexander, Garel, Scheier, P. Heymann [17]), Schwager [18]), Cobb [19]) Strazza [20]), Lange [21]) a u nas Kohn, Lubliner, Baurowicz i Wróblewski).

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Doc. Pane. **Odporność życiowa przecinkowca cholery przy zetknięciu się z kwasami.** (Riforma med. Nr 8 1913). Odczyn stolca prawidłowego jest w większości przypadków kwaśny, natomiast biegunkowe wypróżnienia chorych na cholerę są przeważnie zasadowe. P. badając podczas epidemii cholery w 1911 r. odczyn stolców, przekonał się, że u ozdrowieńców i roznosicieli zarazków odczyn zasadowy ustępował po zniknięciu przecinkowców, wyjątkowo zaś tylko stwierdzał P. odczyn kwaśny. Tylko w jednym przypadku roznosiciel zarazków mniej więcej przez dwa miesiące wydalał przecinkowce Kocha przy silnym kwaśnym odczynie stolców. P. starał się ten punkt wytłumaczyć na drodze doświadczalnej, przypuszczając już to obecność kwasów organicznych o słabem działaniu zabójczem dla zarazka cholery, już też przyjmując pewnego rodzaju przystosowanie przecinkowca do działania kwasów. W tym celu oznaczał najmniejszą ilość 4% rozczynu rozmaitych kwasów organicznych i nieorganicznych, któraby wstrzymywała rózwój przecinkowca w wodzie peptonowej, a następnie starał się zmusić te drobnoustroje do wzrostu w wodzie peptonowej przy nieco mniejszej ilości kwasów i badał wreszcie, czy przecinkowce nie nabierały przez to pewnej odporności, pozwalającej im rosnąć nawet przy tej ilości kwasów, która poprzednio hamowała ich rozwój. Przekonał się przytem, że gdy kwasy nieorganiczne, jak siarkowy, solny i azotowy, działają jednakowo silnie na przecinkowce, to niektóre kwasy organiczne, jak cytrynowy i octowy, działają od nich silniej, inne zaś, jak mleczny, kaprylowy, kapronowy, kozłkowy, szczawiowy, winowy, salicylowy i będźwinowy okazują słabsze działanie; nadto okazało się, że obecność małej ilości kwasów tak organicznych, jak nieorganicznych w hodowli peptonowej przecinkowców cholerycznych, nawet po miesięcznem działaniu nie zwiększa ich odporności na kwasy. W jelicie ludzkiem nie są stosunki tak proste, jak w doświadczeniu, gdyż wchodzą tu w grę wytwory fermentacyi pokarmów i wydzieliny gruczołów błony śluzowej przewodu pokarmowego i wielkich gruczołów, będących z nim w zwią-

[16]) Seltene Fälle von Septumpolypen. Wien. med. Pres. 1892 Nr 52.

zku. Za przyczynę, dzięki której mogą się przecinkowce dłuższy czas utrzymać w wypróżnieniach jelitowych o' odczynie kwaśnym, uważa P. obecność substancyi tłuszczowych, które otaczając zarazki, w ten mechaniczny sposób chronią je przed zabójczem działaniem kwasów; stwierdził P. to także doświadczalnie co do kwasu solnego i kaprylowego. Dr T. T.

Carl. **O tworzeniu się nowotworów u zwierząt zimnokrwistych.** (Medic. Klinik 1913 Nr 12). Nowotwory u zwierząt zimnokrwistych nie należą do rzadkości, lecz, co dziwna, rzadko tworzą przerzuty i nie często też wiodą do charłactwa, choć nieraz budową przypominają żywo złośliwe nowotwory człowieka. U jaszczurek często spotyka się brodawczaki skóry, u węży włókniaki, u salamander raki. U żab spostrzegano raki skóry, jajników, nerki i nadnerczy. Najczęściej może występują guzy na skórze, co tłómaczymy sobie łatwością wszczepiania się guza. Nieraz też stwierdzano nowotwory u ryb, a pierwszego mięsaka znaleziono właśnie u ryb w r. 1876, także raki i śródbłoniaki, naczyniaki i t. p. nie należą do rzadkości u karasi i karpi. Naczyniaki występują u ryb najczęściej na głowie, przyczem nieraz niszczą bardzo okoliczne tkanki. Rzadko natomiast spotyka się nowotwory u zwierząt zimnokrwistych w przewodzie pokarmowym. Znaną hodowcom ryb, zwłaszcza pstrągów, jest »zaraza«, niszcząca nieraz tysiącami ryby, a polegająca na raku gruczołu tarczowego. Nowotwór ten niszczy wszystkie tkanki, nawet i kości. Podobny charakter przyjąć może choroba częsta u karpi, t. zw. ospa rybia. Przerzuty spostrzegano dotąd u zwierząt zimnokrwistych tylko trzy razy. O ile u ludzi w miarę kultury wzrasta nieraz częstość nowotworów, to u zimnokrwistych rzecz ma się odwrotnie, bo zapadają na guzy głównie osobniki, żyjące w stanie dzikim. Natomiast dziedziczność, jak się zdaje, odgrywa tu wielką rolę. K.

Wrzosek. **O zadaniach prac doświadczalnych nad nowotworami złośliwymi.** (Nowiny lekarskie 1913 Nr 2). Na mocy doświadczeń, wykonanych na białych myszach, doszedł W. do wniosku, że zwierzęta te można uodpornić czynnie przeciw nowotworom zapomocą wstrzykiwań krwi mysiej, komórek wątrobnych lub też innych tkanek. Zwierzę takie, uodpornione na jeden nowotwór, np. raka, staje się czasem odpornem i na inny nowotwór, np. mięsaka. Wrodzona odporność względem pewnego nowotworu może być przemijającą i po kilkakrotnem zaszczepianiu z ujemnym wynikiem może się wreszcie nowotwór przyjąć i rozwinąć. Jednakże dotąd nie znaleziono niezawodnego sposobu na uodpornianie zwierząt na każdy nowotwór. Spostrzeżono też, że zaszczepione złośliwe nowotwory mogą się przyjąć i rozwijać do pewnego czasu, a potem uledz stopniowemu zanikowi. W. wysnuwa z tego wniosek, że należy jaknajdrobiazgowiej badać wszystkie te warunki, od których zanik zaczynającego się rozwijać, lub już rozwiniętego nowotworu zależy, a będzie można znaleść niezawodny sposób leczenia drogą nieoperacyjną. Uwzględniać przytem należy warunki, wpływające na przedłużenie życia, a więc hamujące rozwój nowotworów myszy rakowatych, np. stosowne odżywianie. HS.

Türschmid. **Lewostronne wysokie ułożenie ślepej kiszki z niezwykłym przebiegiem wyrostka robaczkowego** (Now. lek. 1913 Nr 2). Na talerzu biodrowym prawym leżała pętla esowata, zaś ślepa kiszka, odwinięta dnem do góry, znajdowała się tuż poniżej żołądka. Wyrostek robaczkowy, 14 5 cm. długi, ukryty był między otrzewną ścienną a krezką, wydobywał się na wysokości II kręgu lędźwiowego z ukrycia, osadzony na własnej krezce przylegał końcem do wnęki prawej nerki. Nadzwyczajną jego długość tłomaczyć należy mechanicznem pociąganiem w życiu płodowem, jakiemu uległ uwięziony w blaszkach otrzewnej przy wędrówkach ślepej kiszki. HS.

Medycyna wewnętrzna.

E. Kahn: **W sprawie stwierdzania »prątków gruźliczych« w obiegu krwi.** (Münch. med. Wochschr. 1913, Nr. 7). Wobec zajęcia, które w ostatnich latach obudziły »prątki kwasoodporne«, znajdowane we krwi chorych gruźliczych, autor postawił sobie za zadanie rozstrzygnięcie pytania, czy należy utożsamiać każdy kwasoodporny twór, znaleziony we krwi, z prątkiem gruźliczym. Autor jest tego zdania, że otoczki obumarłych krwinek czerwonych zachowują kwasoodporność i wobec tego mogą naśladować kwasoodporne prątki gruźlicze. Zdaniem autora nie posiadamy w danej chwili pewnej metody drobnowidowej dla odróżnienia kwasoodpornych prątków gruźliczych od innych podobnych do nich tworów. Musimy się więc i nadal opierać na doświadczeniu na zwierzętach, jako najpewniejszym sposobie dla stwierdzenia obecności laseczników gruźlicy. Mieczysław Michałowicz.

Bacmeister: **Stwierdzanie żywych prątków gruźliczych we krwi po wstrzyknięciu tuberkuliny, dokonanem w celach rozpoznawczych.** (Münch. med. Wochschr. 1913, Nr 7). Po wstrzyknięciu niektórym chorym tuberkuliny w celach rozpoznawczych zjawiają się we krwi tych chorych żywe prątki gruźlicy, o czem świadczą próby, dokonane na zwierzętach. Badanie krwi, dokonane u tych samych osób przed wstrzyknięciem tuberkuliny, nie wykazało swobodnych jadowitych prątków gruźliczych. Jak wiadomo, wstrzyknięcie tuberkuliny wywołuje w ognisku gruźliczem odczyn, skutkiem którego prątki gruźlicze mogą być uruchomione, ponieważ w ognisku występuje rozpad. Opisane wyżej zjawisko spotykał autor nawet u chorych o nieznacznych zmianach miejscowych Należy więc z wielką ostrożnością stosować wstrzykiwania tuberkuliny w celach rozpoznawczych. Doświadczenia autora zostały wykonane w niewielu stosunkowo przypadkach klinicznych (15 razy); w czterech z nich wykryto prątki po wstrzyknięciu tuberkuliny. Miecz. Michałowicz.

Driesbach: **Zatrucie pleśniami.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 11). D. spostrzegał endemię zatrucia pleśniami przy młóceniu owsa. Słoma pokryta była cała owemi pleśniami. Objawy typowe: dreszcze, potem wysoka gorączka, osłabienie, bóle głowy i stawów, zaczerwienienie twarzy, nudności, silne poty, kaszel suchy, ślady białka w moczu. Po kilku dniach stan się szybko poprawiał. Objawy te występowały w kilku miejscach u ludzi młócących owies. Potem zasłaniali sobie robotnicy usta i nos chustami, zmaczanemi w occie i ci, co to czynili, nie zapadali na owo zatrucie. A.

Prof. Spagnolio: **Leishmaniosis (kala-azar) w Messynie.** (Riforma med. Nr 8 1913). Już w roku 1908 stwierdzono przypadki kala-azar (choroby grasującej w krajach podzwrotnikowych, zwłaszcza zaś w dorzeczu Brahmaputry; przyp. sprawozd.) na Sycylii i w Kalabryi; Sp. spostrzegał cały szereg przypadków tego cierpienia tak w Messynie, jak i w jej okolicach i starał się ustalić niektóre dane co do rozpowszechniania się tej choroby w tych okolicach co do wieku dotkniętych nią osobników, co do pory roku która najwięcej sprzyjała jej powstawaniu i wreszcie co do skuteczności niektórych leków i klimatu górskiego na jej przebieg. Początek tego cierpienia przypadał zwykle na wiosnę; do obrazu klinicznego należy gorączka o nieregularnym przebiegu, na którą przetwory chinowe wywierają bardzo mały wpływ, nadto wybitna niedokrwistość, bardzo duży, rzadziej nieznaczny obrzęk śledziony, a czasem i gruczołów limfatycznych; niekiedy stwierdzał Sp. także wybroczyny skórne. Miazga ze śledziony, lub gruczołów limfatycznych, wydobyta przez nakłucie, zawierała zawsze swoiste drobnoustroje, t. j. leishmanie. Wiek chorych wynosił od $^1/_2$—5 lat, a tylko jeden przypadek Sp. dotyczył osoby dorosłej; cierpienie to jest prawie nieuleczalne. Co się tyczy sposobu szerzenia się, to prawie wszyscy autorowie

wyłączają pchłę i muchę, jako przenosicielki zarazków; niektórzy rolę tę przypisują pluskwie, któryto sposób szerzenia ma być spotykany głównie wśród Indyan (Patton); również nie jest pod tym względem wyjaśniony stosunek leishmaniozy psa do leishmaniozy ludzkiej. Pewne światło w tym kierunku rzucają spostrzeżenia Sp., że w rodzinach dotkniętych kala-azar nigdy nie było psa domowego i to od dłuższego czasu, a jeżeli był, to zawsze zdrowy. Przypadki Sp. dotyczyły osób zamożnych, co autor uważa za objaw szerzenia się tej choroby z warstw uboższych na bogatsze. Dr T. T.

Wilhelm Sternberg: **Ciepłota przysmaków i pokarmów.** (Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, 1913, I.). Ciepłota pokarmów wpływa w wysokim stopniu na odczuwanie ich smaku, i tak mięso zimne musi mieć więcej dodatków smakowych, aniżeli ciepłe. Zimne pokarmy znoszą więcej cukru, aniżeli ciepłe (lody). Surowe dojrzałe owoce smakują słodko, ugotowane smakują nieprzyjemnie kwaśno. Kawa smakuje więcej na gorąco. Likiery inaczej smakują na zimno, a inaczej w ciepłocie pokojowej. W pierwszym przypadku powstaje harmonijny przyjemny smak wszystkich składowych części, natomiast przy wyższej ciepłocie wrażenie smakowe rozszczepia się, wywołując dysharmonijny smak wszystkich składników, z której to właściwości korzystają fachowcy przy badaniu napojów wyskokowych; rozpoznają bowiem w ten sposób, jakie domieszki znajdują się w badanym napoju. Weissglas.

Ludwig Brieger: **Znaczenie wodolecznictwa dla higieny.** (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1913, I.). Celem hartowania jest przystosowanie ustroju do różnych wahań ciepłoty, ciśnienia i t. p. czynników środowiska. Najlepiej daje się to osiągnąć przez przyzwyczajenie do wody o różnej ciepłocie. Hartowanie należy rozpocząć od wczesnej młodości, przyczem obowiązuje zasada indywidualizacyi. Znane bowiem są następstwa przesadnego i szablonowego hartowania w formie ciężkiej niedokrwistości, wrażliwości układu pokarmowego i chorób jelit. Najodpowiedniejszą porą do rozpoczęcia zabiegów wodoleczniczych jest pora letnia. Najchętniej stosowaną formą tych zabiegów jest obmywanie, a względnie nacieranie całego ciała wodą o nizkiej ciepłocie bezpośrednio po opuszczeniu łóżka, gdyż wygrzany ustrój korzystnie na te zabiegi oddziaływa. Działanie tych zabiegów polega 1) na wywołaniu zwężenia naczyń z następowem ich rozszerzeniem, co jest korzystną gimnastyką dla nerwów naczynioruchowych, 2) na wzmożeniu czynności serca, 3) na wzmożeniu czynności oddechowej. Po tych łagodnych zabiegach wodoleczniczych można stopniowo przejść do zabiegów poważniejszych, t. j. do tuszów, półkąpieli, pływania, kąpieli powietrznych i t. d. Weissglas.

Prof. Frankenhäuser. **O wpływie cyklonów na stan ogólny ustroju.** (Zeitschr. f. d. u. ph. Ther. 1912, XII). Wiele osób, pozornie zdrowych, oddziałuje na działanie cyklonów (zniżek barometrycznych) szeregiem zmian chorobowych, do których należą: napływ krwi do mózgu, zmiany nieżytowe przewodu pokarmowego, wreszcie szereg objawów reumatoidalnych w całym ustroju (głównie stawy, mięśnie, nerwy). Są pewne choroby, które szczególnie usposabiają do tego rodzaju zaburzeń w ustroju a nawet same podczas działania wspomnianych cyklonów pogorszeniu ulegają. Tu należą przedewszystkiem różne postacie gośćca stawów, mięśni i nerwów, choroby naczyń i serca, wreszcie różne zaburzenia przewodu pokarmowego. Przyczyna ujemnego działania cyklonów dotychczas jest nieznana; prawdopodobnie chodzi tu o jakieś szczególne wahania w ciśnieniu barometrycznem, nagłe zmiany elektryczności i zawartości wody w powietrzu, które to zmiany atmosferyczne zwykle poprzedzają zbliżanie się cyklonów. Leczenie jest różnorodne, stosownie do zmian chorobowych, i to po części farmokologiczne, po części dyetetyczno-klimatyczne. Weissglas.

Kaufmann: **Nowy lek przeciw otyłości: leptynol.** (Münch. med. Wochenschr. 1913, 10). Wychodząc z założenia, że otyłość jest wynikiem ogólnego upośledzenia oksydacyi w ustroju i że metale grupy platyny, a zwłaszcza palladium, są wybitnymi katalizatorami, rozpoczął K. próby z kolloidalnymi związkami palladu, a w szczególności z wodorotlenkiem Pd $(OH)_2$, przez fabrykę Kalle i Sp. pod nazwą leptynolu wyrabianym w postaci koloidalnego rozczynu w płynnej parafinie. Nieco ogrzany leptynol wstrzykiwał K. w ilości 2 cm^3 na dawkę w tkankę tłuszczową podskórną na brzuchu. W miejscu wstrzyknięcia powstają niewielkie, niebolesne nacieki. Zapomocą tego środka wywołał K., wstrzykując go raz na tydzień, lub raz na dwa tygodnie i nie stosując przytem żadnej dyety odtłuszczającej, w jednym przypadku spadek wagi o 6 kg (w 3 miesiącach), w innych po 5 kg i t. d. Cena środka jest wysoka (10 cm^3, wystarczające na 5 wstrzyknięć, kosztuje 15 marek). Kl.

Hugo Bach: **O skłonności do dny i jej leczeniu światłem ultrafioletowem.** (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 1912, IX). Jednym z objawów towarzyszących skazie moczanowej jest niedostateczna czynność gruczołów wydzielniczych skóry i w następstwie tego suchość skóry. Według zdania wielu autorów, ta zmniejszona czynność wydzielnicza skóry staje się przyczyną nagromadzenia się kwasu moczowego w ustroju, gdyż, jak wiadomo, nietylko nerki spełniają czynność wydalania różnych ciał, (niepotrzebnych dla ustroju produktów przemiany materyi), ale w znacznej części rolę tę spełniają też gruczoły wydzielnicze skóry. Leube wykazał, że podczas silnego pocenia się zmniejsza się ilość wydalonego kwasu moczowego w moczu. Dlatego też wielu autorów, między innymi Turck, jest tego zdania, że wszystkie czynniki, wywołujące silniejszą czynność wydzielniczą skóry, nie dopuszczają do nagromadzenia się kwasu moczowego w ustroju i temsamem, przynajmniej w części, nie dopuszczają do powstawania skazy moczanowej. Do takich czynników należy między innymi światło słoneczne, a głównie jego promienie ultrafioletowe. W wyższym może stopniu, aniżeli promienie ultrafioletowe słoneczne, działają korzystnie na skórę człowieka promienie ultrafioletowe, wytwarzane zapomocą lamp kwarcowych. Promienie te w pierwszym rzędzie wywołują przekrwienie, następnie silne pocenie się, a wreszcie działają ogólnie na przemianę materyi. Weissglas.

Pedyatrya.

Hart. **Gnilec dziecięcy (choroba Möller-Barlowa)** (Med. Klinik 1913 Nr 6). Choroba ta, po raz pierwszy opisana przez Möllera, bliżej zbadana i opisana przez Barlowa, polega na zmianach dwojakiego rodzaju. Pierwszą grupą zmian są wybroczyny w skórze i dziąsłach, w narządach wewnętrznych, głównie w szpiku kostnym i pod okostną. Głównie wybroczyny podokostne są cechą charakterystyczną choroby Barlowa; występują one już bardzo wcześnie na długich kościach w okolicy nasad, nigdy zaś nie występują w stawach, które nigdy nie biorą udziału w tem schorzeniu; okostna bywa czasem na kształt płaszcza wzdłuż całej kości wydęta; najczęściej widać to na kościach uda. Okostna kości płaskich, jak czaszki, łopatki, miednicy, nawet kręgów, również bywa zajęta. Dla klinicysty najważniejsze są obrzęki poduszkowate skóry czaszki, a przedewszystkiem podokostne krwawienia pozagałkowe, wywołujące wysadzenie gałki ocznej; zwykle też w górnej powiece następuje rozległe podbiegnięcie prawe. Drugą zmianą jest schorzenie samych kości, polegające na zaniku już wytworzonych kości, głównie warstwy korowej kości długich. Wskutek tego powstają z lada jakiej przyczyny (uderzenia wózka, wzięcie dziecka na ręce, czasem też badanie lekarskie) złamania kości, które jednak, w odróżnieniu do złamań przy krzywicy, nie występują w środku długości kości. Żebra ulegają na granicy chrząstek tymże samym zmianom; często nastę-

puje tu samoistne skostnienie po złamaniu z pozostawieniem zgrubień, mogące naśladować różaniec krzywiczy. Nierzadka bywa w tej chorobie gorączka, nawet do 40° C. Choroba ta nie ma nic wspólnego z krzywicą, która może być tu tylko czynnikiem usposabiającym. Natomiast uważa autor całą sprawę za identyczną z gnilcem i oświadcza się też za nazwą: gnilec dziecięcy. Za tem przemawia też etyologia, ponieważ, jak przy gnilcu, przyczyną choroby Möller-Barlowa jest sztuczne i jednostronne odżywianie dziecka mlekiem wyjałowionem (ale także pasteryzowanem), nigdy zaś nie zdarza się ta choroba u dzieci piersią żywionych. Möller-Barlow, Holst i Fröhlich zdołali u królików przez jednostronne odżywianie owsem, żytem lub jęczmieniem wywołać zmiany identyczne z chorobą Möller-Barlowa, a przez podawanie tym zwierzętom świeżych jarzyn doprowadzali do wstrzymania i wyleczenia wywołanych poprzednio zmian.

Wcześnie można sprawę rozpoznać tylko z pomocą promieni Röntgena, które na granicy nasad długich kości wykazują szeroką, ciemną, niewyraźnie odgraniczoną charakterystyczną smugę. Co do innych objawów rozpoznawczych, to o chorobie Möller-Barlowa myśleć można, gdy matka podaje, że dziecko od jakiegoś czasu okazuje zmianę usposobienia, bladą cerę, niema apetytu, a przy braniu na ręce krzyczy, kończyny dolne trzyma ku tułowiu ściągnięte. W późniejszych okresach rozpoznanie jest łatwe i od innych chorób odróżnienie nietrudne. Kiłowe zmiany kości są zresztą wrodzone, nigdy nie zauważa się ich u starszych dzieci, nigdy nie towarzyszą im krwawienia dziąseł, ani obrzęki kości. Od krzywicy także nietrudno odróżnić chorobę Barlowa, jakkolwiek z drugiej strony pamiętać należy, że obie te choroby obok siebie występują nierzadko. Rokowanie jest niezłe, przypadki śmierci zdarzają się tylko rzadko. Co do leczenia, to przez zastąpienie gotowanego mleka surowem (bez obawy zakażenia dziecka gruźlicą), przez podawanie strawy mieszanej (soki owocowe, jarzyny świeże) bardzo szybko osiąga się wyniki dobre. Mondschein.

Bittner-Wopst: **Odczyn skórny Pirqueta w zastosowaniu do zapobiegania powikłaniom gruźlicy.** (Münch. med. Wochenschrift. 1913 Nr 3). U pewnego chorego na gruźlicę lekarza odczyn Pirqueta wypadał zawsze dodatnio. Chory ten miał zajęty prawy szczyt. Opukiwanie wykazywało stłumienie, poza tem nie było żadnych objawów klinicznych. Ogólnie wyglądał chory bardzo dobrze. Pewnego razu próba Pirqueta wypadła u tego chorego ujemnie. Zarządzona po 7 dniach kontrola dała również wynik ujemny. W trzy miesiące potem chory uległ niespodzianie suchemu zapaleniu opłucnej. Po trzech miesiącach nawrót. Po dalszych trzech miesiącach silny krwotok. W plwocinie prątki gruźlicy. Badanie kliniczne wykazało nieżyt prawego płuca. Autor zwraca uwagę na szczególne zachowanie się odczynu Pirqueta w okresie, poprzedzającym pogorszenie się stanu. Brak odczynu tłumaczy autor zjawiskiem alergii ustroju, podobnie jak to się dzieje przy odrze, po której także spotykamy często pogorszenie ogólnego stanu u chorych gruźliczych. Wychodząc z tego założenia, proponuje autor u osób obarczonych gruźlicą stosować odczyn co pewien czas, ażeby tym sposobem módz wykryć zawczasu ukryty okres postępującego pogorszenia. Miecz. Michałowicz.

Josefson: **Doświadczenia nad możliwością przenoszenia zarazków porażenia rdzeniowego dzieci przez przedmioty martwe i przez muchy.** (Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr 2). Doświadczenia dowiodły, że zarazek porażenia rdzeniowego może być przenoszony przez przedmioty martwe (w danym przypadku zapomocą chustki do nosa, książki, robótki). Zarazek zachowuje w tych warunkach zdolność do rozmnażania się. Doświadczenia, mające na celu wyjaśnić, czy muchy nie przenoszą zarazka, dały wyniki ujemne. Miecz. Michałowicz.

Stöltzner. **O larosanie jako o środku zastępującym mleko białkowe.** (Münch. med. Wschrift 1913 Nr 6). Autor postawił sobie za zadanie uprościć przygotowywanie mleka białkowego. W tym celu porozumiał się autor z fabryką F. Hoffman La Roche et Co w Grenzach i zaproponował wytworzenie proszku, zawierającego sernik wapniowy o zawartości 25% tlenku wapnia. Przygotowany w ten sposób przetwór nosi w handlu miano »larosan«, nie ma smaku, ani zapachu, przypomina postacią mąkę pszenną, rozpuszcza się łatwo w mleku. Sposób przygotowania mleka larosanowego jest następujący: Rozpuszczamy 20 gr. larosanu w 170 gr. chłodnego mleka, jednocześnie zagotowujemy drugą dawkę mleka, w ilości 330 gr. Po zagotowaniu tej drugiej dawki mleka, dodajemy do niej pierwszą dawkę mleka z rozpuszczonym w niej larosanem. Po zlaniu obu dawek do jednego naczynia zagotowujemy je. Po zagotowaniu przecedza się mleko przez sitko i rozczynia się 500 gramami gotowanej wody z ilością kleiku z mąki lub kaszy, zależnie od warunków danego przypadku. Cukru nie dawał autor aż do chwili, gdy stolce stawały się gęstsze. Z chwilą ustalenia się stolców dawano cukru w ilości 1—5%. W niektórych przypadkach dawano nawet więcej cukru. Autor zaleca cukier odżywczy (Nährzucker) Soxhleta. Wiele, aczkolwiek nie wszystkie, dzieci znoszą dobrze zwykły cukier buraczany w ilości 2·5% wody lub kleiku, zużytych do rozczynu (a więc 12·5 gr.; uwaga sprawozdawcy). Autor nie stosował wcale cukru mlecznego. Gdy do kliniki wstępowało dziecko chore na zatrucie, autor podawał mu w ciągu 12—24 godzin herbatę bez cukru, a następnie przechodził do mleka larosanowego, poczynając od dawek po 20 gr. Przerwy pomiędzy dawkami wypadały po trzy godziny. Przejście do ilości, stosowanych do wieku chorego, było dość szybkię. Brakującą ilość płynu, potrzebnego choremu, dopełniano podawaniem wody lub herbatki koperkowej. Larosan stosowano u 76 niemowląt. Co do wyników, to nie ustępują one, zdaniem autora, wynikom osiąganym przy podawaniu mleka białkowego. Miecz. Michałowicz.

An. Lehle: **W sprawie zapobiegania wiewiórowemu zapaleniu oczu u noworodków.** (Münch. med. Wochschrift 1912 Nr 40). W walce z wiewiórowem zapaleniem oczu u noworodków odgrywa azotan srebrowy rolę wybitną. Obok zalet posiada ten środek i pewne wady, a do tych należy zbytnie podrażnianie tkanek. Mając wszystkie te zalety, co azotan srebrowy, odznacza się »saphol« daleko większą łagodnością w tym względzie. Wobec tego można go pozostawić w rękach rodziców noworodka, co, jak wiadomo, nie jest bezpieczne, o ile chodzi o azotan srebrowy. Bakteryobójczość safolu jest prawie bezwzględną. Pod względem chemicznym jest safol związkiem formaldehydu, kwasu nukleinowego i srebra; przedstawia się on jako jasno żółty, dobrze rozpuszczalny w wodzie proszek. Wytwarzanie przetworu objęły zakłady Fr. Beyera. Safol stosuje się w postaci 5% rozczynu. Doświadczenia z safolem wykonał autor w klinice Prof. Döderleina na 2500 dzieciach. Miecz. Michałowicz.

H. Chiari: **Rodzinna chondrodystrofia u płodu.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 5). Autor opisuje dwa przypadki chondrodystrofii ze swego zakładu anatomopatologicznego. Historya tych przypadków zarówno jak i cały szereg innych, opisanych w piśmiennictwie, świadczy o tem, że chondrodystrofię spotyka się w pewnych rodzinach wyłącznie w linii męzkiej. Przypadki autora przedstawiają się zajmująco jeszcze i z tego względu, że oba płody pochodziły od tego samego ojca, lecz z różnych matek. Miecz. Michałowicz.

W. Beyer: **Laseczniki błonicy w moczu.** (Münch. med. Wschrift 1913 Nr 5). Autor badał mocz co do laseczników Löfflera u 19 ozdrowieńców po błonicy, wybranych na wyrywki z materyału klinicznego. Połowę badanych stanowili chłopcy, drugą dziewczynki. Nieznalezienie laseczników błonicy należało do największych rzadkości. Laseczniki spotyka się prawie u wszystkich ozdrowieńców, nawet w tych razach, gdy zwykłe bakteryologiczne badanie

gardła daje już wyniki ujemne. Tu autor daje bardzo dobrą radę, mianowicie nie należy ograniczać się do lekkiego obcierania migdałków zapomocą wacika, lecz należy wyciskać wydzielinę ze szczelin migdałków. Uzyskanego materyału nie należy rozciągać wacikiem w wązkiej próbówce, lecz należy to czynić w szerokiej płaskiej miseczce Petriego, ponieważ w ten sposób można daleko staranniej rozsiać drobnoustroje. Omawiając dalej leczenie, stwierdza autor, że wszelkie próby zniszczenia laseczników w moczu przez podawanie chorym urotropiny pozostały bez skutku.

Miecz. Michałowicz.

A. Schmidt. **Przewlekłe zakażenie płuc błonicą.** (Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr 1). W opisanym przez S. przypadku uległo zakażeniu płuc lasecznikiem błonicy nie dziecko, lecz 62-letnia kobieta. Choroba ciągnie się już koło 10 lat. Liczne w różnych odstępach czasu podjęte badania bakteryologiczne stwierdziły w plwocinie chorej nie rzekome laseczniki błonicy, lecz prawdziwe, niejadowite prątki błonicze. Klinicznie cierpienie objawiało się częstemi zapaleniami oskrzeli. Opukiwanie stwierdza stłumienie w prawym szczycie. Badanie promieniami Roentgena wykazuje cień w prawym szczycie i w całem prawem płucu. Wdech i wydech w prawym szczycie wzmożone. Chora cierpi prócz tego na bledniicę i na osłabienie czynności serca. Przez cały czas choroby chora nie zakaziła błonicą żadnego z domowników. Wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej nie dały żadnych wyników. Chora nie zgodziła się na zaproponowane jej czynne uodpornienie zapomocą zabitych hodowli prątków błoniczych podług metody Petruschkyego.

Miecz. Michałowicz.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.
Posiedzenie z dnia 19. lutego 1913.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, sekretarz Dr Zubrzycki. Obecnych członków 75.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes powitał jako gościa Dra Jabłońskiego ze Swisłoczy.

3) Kol. Lewkowicz omawia dalszy przebieg choroby w przypadkach poprzednio demonstrowanych.

Przypadek **torbieli brzusznej** został przeniesiony na klinikę chirurgiczną i był operowany przez prof. Kadera. Płyn wypuszczony okazał się płynem surowiczym, lekko mętnym, z 0·9% białka, z ciałkami wielojądrzastemi w osadzie. Stan chorego po operacyi poprawił się znacznie.

W przypadku **zapalenia surowiczego opon mózgowo-rdzeniowych** dalsze badania płynu mózgowo-rdzeniowego wykazywały cytologicznie stopniowe zaostrzanie się sprawy i przechodzenie zapalenia surowiczego w ropne tak, że odsetek ciałek ropnych doszedł w końcu do 70. Gorączka przerywana trwała w dalszym ciągu. Ostatnie jednak trzy dni są zupełnie bezgorączkowe, badanie płynu wykazuje spadek ilości ciałek białych do $^1/_{20}$ i znów przewagę znaczną limfocytów, zatem wyraźne cofanie się sprawy zapalnej i powrót do stosunków pierwotnych z charakterem zapalenia jako surowiczego. Chora jest na drodze do wyleczenia. Bakteryologicznie na szczycie sprawy udało się otrzymać w hodowlach ziarenkowca gramoujemnego, podobnego do meningokoka, okazującego też pod wpływem surowicy przeciwmeningokokowej aglutynacyę.

Kol. L. omawia następnie objawy u chorego M. S. (lat 9) i przedstawia jego fotografię.

Płyn wolny w jamie brzusznej i znaczne, twarde obrzmienie wątroby z brzegiem na dłoń poniżej łuku. Obok tego jednak bladość, lekka sinica i ogólne osłabienie, co wszystko nie daje się tłumaczyć samą sprawą w wątrobie. Musi się za podstawę tych zaburzeń w krążeniu przyjąć **zarośnięcie zupełne worka sercowego na tle gruźlicy osierdzia**, prawdopodobnie ze **zrostami zewnętrznymi**. Stłumienie serca jest powiększone, głównie w kierunku poprzecznym. Uderzenie koniuszkowe niemacalne; w dołku lekkie skurczowe zapadanie. Granice serca przy zmianie położenia zupełnie się nie przesuwają. U chorego stwierdza się przytem nacieki w dolnych częściach płuc, szczególnie po stronie lewej, przyrody prawdopodobnie gruźliczej, i objawy rozległych zrostów opłucnych, szczególniej w sąsiedztwie serca (nieprzesuwalność zupełna granic opukowych przy oddychaniu). Obecność zmian w płucach i opłucnej, a nieobecność zmian zastawkowych zmusza do przyjęcia, że sprawa w osierdziu ma tło gruźlicze. Rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem promieniami Roentgena: zatarcie granic serca (demonstracya rentgenogramu) i nieruchomość granic przy badaniu na ekranie. Wyniki elektrokardyograficzne, otrzymane przez kol. Latkowskiego, zgadzają się także dobrze z rozpoznaniem.

W dyskusyi zabiera głos kol. Prof. Kader i omawia zabieg operacyjny, wykonany na chłopaku z torbielą. Podnosi równocześnie trudności techniczne, wynikłe z nadzwyczajnej cienkości ściany torbieli. Pomimo uwagi operatora ściana górna pękła i płyn się wylał. To w ostateczności tak utrudniło zabieg, że poprzestano tylko na częściowem usunięciu ściany torbieli.

4) Kol. Doc. Latkowski przedstawia **elektrokardyogramy**, zebrane z **przypadków chorób sercowych** i wskazuje na ważność i praktyczne znaczenie zdjęć elektrokardyograficznych. Z elektrokardyogramu można często wnosić o przeroście serca, o pewnych zmianach anatomicznych w mięśniu sercowym, jak np. o zmianach w pęczku przewodzącym (Eppinger i Störk, Wyss), o miejscu wyjścia skurczu serca, a mianowicie, czy skurcz serca wychodzi z prawidłowego punktu wyjścia skurczów, czy też z innego miejsca. Metodą tą rysuje się osobno stan czynny, odpowiadający skurczom przedsionka, a osobno, odpowiadający skurczom komór, i z łatwością wykazuje się ich czasowe następstwo, co przy upośledzeniu zdolności przewodnictwa lub przy rozkojarzeniu komór i przedsionków ma wielkie znaczenie. Metodą tą w końcu można wykazać z największą dokładnością i łatwością różne postacie nieregularności tętna, czyli metoda ta wogóle pozwala nam wejrzeć w czynność mięśnia sercowego.

Następuje demonstracya elektrokardyogramów u ludzi zdrowych dla pokazania krzywej prawidłowego serca, dalej Ek. u chorego z przerostem serca wskutek obecności torbieli w jamie brzusznej, Ek. oseska z kliniki pedyatrycznej Prof. Lewkowicza, z wadą serca wrodzoną, co sekcya potwierdziła, Ek. chorej ze zwężeniem tętnicy płucnej, z oddziału radcy Krokiewicza, u której również Ek. przemawia za wodą wrodzoną, Ek. ze skurczami dodatkowymi komorowymi i przedsionkowymi u chorego z oddziału Prof. Pareńskiego, Ek. tętna stale nieregularnego u chorego z oddziału Prof. Pareńskiego, wreszcie i Ek. z przypadku zrostu serca z osierdziem i klatką piersiową z kliniki pedyatrycznej, przedstawionego przez Prof. Lewkowicza, gdzie Ek. miał charakterystyczne zachowanie, dotąd nieopisane. W przypadku tym przy odprowadzaniu elektrod od ręki lewej i lewej nogi lub ręki lewej i prawej nogi krzywa okazuje zaledwie ślady skurczu serca, natomiast przy innych sposobach odprowadzania, wyłączając »nogi obie«, wychodzą na krzywej skurcze przedsionków i komór wyraźne. Ta zmiana w Ek. może przemawiać za większym oporem, istniejącym między sercem, a lewą ręką, który prawie całkiem nie pozwala na przyjęcie prądu elektrycznego tą drogą do galwanometru. To zachowanie się Ek. przemawia też za tem, że prąd powstający w sercu przewodzi się w małym stopniu drogą naczyń krwionośnych, a przedewszystkiem za pośrednictwem innych tkanek.

W dyskusyi przemawia a) kol. Glassner, który nawiązując do krzywych elektrokardyograficznych, przedstawionych przez kol. Latkowskiego, oraz do sposobów ich interpretowania, zaznacza, że elektrokardyogram niestety nie daje nam tych pewników graficznych, któreby rozstrzygały tak o zmianach anatomo-patologicznych, jak i czynnościowych układu krążenia. Zwłaszcza ostatnie badania Heringa dowodzą, że nie można przyjąć żadnej krzywej elektrokardyograficznej jako normalnej, albowiem wręby krzywej zmieniają się nawet u tego samego osobnika zależnie od położenia, rodzaju stosowanego »działu« i innych jeszcze warunków. »Normalna« krzywa, przyjęta przez Nicolaia, jest krzywą indywidualną, a nie krzywą normalną. Tak jak sprawa się obecnie przedstawia, jedyną pewną przysługę oddaje nam elektrokardyogram przy rozbiorze i różniczkowaniu rozmaitych rodzajów nieprawidłowych skurczów serca.

b) Doc. Latkowski w odpowiedzi kol. Glassnerowi stwierdza, iż elektrokardyografia daje nam w pewnej liczbie przypadków dane graficzne, wskazując na zmiany anatomiczne ew. czynnościowe w układzie krążenia, jak to na początku zaznaczył, szczególnie w przypadkach rozkojarzenia komór i przedsionków i w skurczach dodatkowych serca. Przytem wogóle metoda elektrokardyograficzna jest technicznie łatwiejsza, (zwłaszcza jeśli się posługujemy galwanometrem Martensa z kompensacyą kondensatorami), niż sfigmografia, szczególnie, gdy się uwzględni trudności zdejmowania tętna żylnego. Nadto metodą elektrokardyograficzną można się posługiwać w przypadkach, gdzie sfigmografia jest prawie wyłączona, jak np. u osesków. Wreszcie może nas naprowadzać elektrokardyografia na rozpoznanie zmian w sercu, np. przy wadach wrodzonych lub odwrotnem ułożeniu trzew, jak to już w zeszłym roku mowca przedstawił, gdzie sfigmografia nic nie wykazuje. Dalej zaznacza kol. Latkowski, iż krzywą ze zdrowego osobnika, którą przedstawiał, nazwał mniej więcej normalną, t. zn. zbliżoną do pewnej liczby krzywych, spotykanych u ludzi zdrowych, a nie rozumiał przez to »normalnej« wedle Nicolaia, i że zgadza się z Heringem, iż istnieje tylko krzywa indywidualna, aczkolwiek Hering nigdzie nie zaprzecza, jakoby z szeregu krzywych indywidualnych u ludzi zdrowych nie można sobie wytworzyć pojęcia przeciętnej krzywej, t. j. normalnej. Zresztą sądzi kol. Latkowski, iż w każdej dziedzinie wiedzy, a zwłaszcza biologicznej, pojęcie »normalny« jest konwencyonalne, a nigdy ścisłe. W końcu podnosi, że w niektórych przypadkach, np. w demonstrowanym przypadku zrostu serca z osierdziem i klatką piersiową, elektrokardyografia może wykazać zmiany, które innemi metodami graficznemi nie dają się wykryć.

5) Kol. Zygmunt Wachtel (junior) przedstawia z kliniki lekarskiej **chorą na białaczkę, leczoną arsenobenzolem**, która teraz jest w ósmym miesiącu ciąży. Prelegent odnosi znaczne poprawienie się ogólnego stanu do działania stosowanego leku, choć nie wyłącza także ewentualnego korzystnego wpływu samej ciąży jako takiej.

W dyskusyi przemawiają: a) kol. Blassberg, który podaje w wątpliwość korzystne działanie arsenobezolu na białaczkę i twierdzi, że poprawę stanu chorej odnieść należy raczej do ciąży; b) kol. Hirsch, który zgadza się w zupełności ze zdaniem kol. Blassberga; c) kol. Wachtel podnosi w odpowiedzi, że i on, jak to zaznaczył nie wyłącza korzystnego działania ciąży na samą sprawę chorobową, jednak i arsenobenzolowi nie może odmówić znaczenia leczniczego.

6) Kol. Prof. Kader: a) pokazuje **przyrząd** własnego pomysłu do repozycyi zapomocą stałego ucisku i unieruchomienia **złamanych kości miednicy**. Omawia jednocześnie przypadek z praktyki prywatnej, w którym ten przyrząd stosował. Był to trzydziestokilkoletni inżynier, który uległ złamaniu miednicy, oderwaniu cewki od pęcherza na wysokości szyjki pęcherza i skrętowi pętli esowatej naokoło podłużnej osi o 360°. U niego wykonano laparotomię, odprowadzenie kiszki, cięcie nadłonowe, połączenie pęcherza z cewką zapomocą zgłębnika gumowego, założonego od strony pęcherza przez cewkę, szew jamy brzusznej i pęcherza na głucho, tamponadę rany naokoło pęcherza. Złamanie prawostronne miednicy w obrębie kości łonowej z przesunięciem odłamków w spojeniu łonowem ku przodowi pozostawiono po odprowadzeniu leczeniu samoistnemu. Chory ma się obecnie dobrze i jest uzasadniona nadzieja zupełnego wyleczenia.

b) Dalej przedstawia kol. Kader chorą operowaną doszczętnie z powodu **mięsaka szczęki dolnej**. Operator był zmuszony usunąć znaczną część kości szczęki dolnej. Wspólnie z Prof. Łepkowskim zastąpił usuniętą część kości protezą z kości słoniowej. Proteza wgoiła się, a chora miewa się doskonale. Po zabiegu jednak, wskutek zniszczenia przewodu ślinianki przyusznej, wytworzyła się przetoka, przez którą wypływa ślina wytwarzająca się w gruczole przyusznym. Prelegent ma zamiar następowo usunąć śliniankę.

W dyskusyi przemawia kol. Prof. Łepkowski, który przedstawiając doskonałe rentgenogramy, wykonane w jego zakładzie przez Dra Grabczaka, omawia bliżej przypadek ze stanowiska techniki dentystycznej. Claud Martin we Francyi, Sauer w Niemczech byli równocześnie twórcami t. zw. »immediatprotezy«. I jeden i drugi i ich następcy podają z różnemi odmianami metody protez, wstawianych tuż po wykonaniu zabiegu operacyjnego. We wszystkich tych przypadkach chodzi tu o wstawkę, czy to kauczukową, czy też metalową, włożoną wprost w ranę od strony jamy ust. Umocowanie takiej wstawki zależne jest od stosunków, które w danym przypadku zachodzą i może być osiągnięte przez oparcie o staw przy całkowitej eksartykulacyi dolnej szczęki, przy częściowej zaś resekcyi kości przez umocowanie do pozostałej części kości zapomocą sztucznych zębów śrub, szwów kostnych i t. d. W przypadku niniejszym, biorąc za materyał do protezy kość słoniową, starano się nietylko utrzymać zupełną toaletę policzka, ale wszczepić wycięty przy operacyi kawał szczęki, obszywając kość słoniową częściami miękkiemi, a umocowując ją z jednej strony przez oparcie o staw, a z drugiej strony przez czop, wpuszczony w kość i szew druciany. Na rentgenogramie widać dziś po czterech tygodniach po operacyi, jak dookoła świeża kostnina oblewa kość słoniową. Czy rokowanie w tym przypadku jest dobre, trudno powiedzieć, gdyż z jednej strony nie mogło być mowy o operacyi aseptycznej przy otwartej jamie ust, a z drugiej strony zostawiona ślinianka z przetoką na razie dobrze rokować nie pozwala. Prof. Kader ma zamiar usunąć pozostawiony gruczoł. To w znacznej części zmieni rokowanie na dobre, a skoro proteza następowa, uzbrojona w zęby, spocznie na implantowanej szczęce z kości słoniowej, skutek techniki dentystycznej na usługach chirurgii byłby zupełnym. Dr J. Zubrzycki, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie z d. 9. XI. 1912.

Obecnych 25 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Czajkowski.

1) Kol. Henryk Higier wypowiedział rzecz: **W sprawie nowszych poglądów na układ sympatyczny i autonomiczny i ich znaczenie kliniczne.**

Treść odczytu (streszczenie własne). Różnice między układem somatycznym, a wegetacyjnym. Ośrodki rdzeniowo-opuszkowo-śródmózgowe. Rami communicantes albi et grisei, synopsis. Dwa neurony (przed i zakomórkowy) w przebiegu włókien wegetacyjnych. Dwojakiego rodzaju odruchy współczulne. Zależność układu wegetacyjnego od wzruszeń i afektów. Podwójna i antagonistyczna innerwacya przez nerwy sympatyczne i autonomiczne. Siedlisko n. współczulnego i nerwów autonomicznych. Farmakodynamika układu wegetacyjnego. Jady ogólne i wybiórcze (elektywne), zewnątrzpochodne i wewnątrzpochodne (hormony) w obrębie układu

wegetacyjnego. Jady wazotropijne i sympatykotropijne, pobudzające (atropina, pilokarpina, fizostygmina, kokaina, nikotyna). Podniecające, hamujące i uczulające (sensybilizujące) wytwory gruczołów i przemiany materyi (adrenalina, cholina, jodotyryna i pituitryna). Patologia ogólna układu wegetacyjnego. a) Wagotonia i sympatykotonia, b) Kliniczne ich postacie: ogólna i miejscowa, wyraźna i utajona, typowa i pozorna, stała i okresowa, czysta i powikłana, młodzieńcza i późniejsza, odosobniona i rodzima. c) Stanowisko wagotonii wobec pewnych stanów fizyologicznych i patologicznych, szczególnie wobec przemiany materyi, czynności gruczołów wewnątrzwydzielniczych i zaburzeń w sferze duchowej. d) Nerwice gruczołowe i narządowe. e) Uwagi krytyczne do nauki o wagotonii i sympatykotonii. f) Metodyka badania wagotonii kliniczna i farmakologiczna. g) Rzut oka na pojęcie o ustrojowości wrodzonej i nabytej.

W dyskusyi brali udział kol. Weinzieher, Puterman, Czajkowski i Podczaski.

Posiedzenie z d. 21. XII. 1912

Obecnych 14 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Czajkowski.

1) Kol. Dehnel. **Przyczynek do etyologii gośćca.** Chora B. S., lat 25, odbyła trzeci poród 11 września 1912 r. Po trzech dniach, 14. IX. dreszcze, gorączka $40\cdot_2^0$, w południe t. 100. Nieznaczne owrzodzenie na brzuchu z szarawym nalotem. Następnego dnia C 40^0; wieczorem występuje ostre bredzenie, chora niespokojna, rzuca się na łóżku. Pierwszego zaraz dnia przemycie macicy 50% alkoholem, wstrzyknięcie 3 flaszek surowicy przeciwpaciorkowcowej Bujwida. Wieczorem kol. D. wstrzyknął jeszcze raz surowicę. Następnego dnia chora spokojna; C 40^0, t 100, przytomność zupełna. Zaczęto wstrzykiwać codziennie elektrargol. Pomimo to 17, 18, 19 i 20 IX. ciepłota trzyma się około 40^0, dopiero 20. IX. spadła do $37\cdot_5^0$. Przez 3 dni stan dobry, bezgorączkowy, euphoria. 25. IX. C. $37\cdot_1^0$, $37\cdot_8^0$, wiecz. 38, t. 95. Duszność. 26. IX. C. $37\cdot_3^0$, $37\cdot_3^0$, $38\cdot_5^0$. t. 95. Ból w okolicy serca. 27. IX C. $37\cdot_5^0$, $38\cdot_5^0$. t. 105. Szmer skurczowy niewyraźny. Obrzęk obu stawów napięstkowych. 28. IX. C. w. $39\cdot_3^0$, stawy goleniostopowe obrzmiałe. 29. IX. C. $38\cdot_2^0$, $38\cdot_9^0$, $39\cdot_3^0$. t. 115. Natr. salicyl. w dosyć dużych dawkach. 30. IX. C. $38\cdot_6^0$, $38\cdot_9^0$, $38\cdot_8^0$. t. 102. Oba stawy kolanowe i jeden barkowy zajęte. 29. IX. zaczęto znowu stosować elektrargol. 1. X. C. $38\cdot_7^0$, $37\cdot_9^0$, 38^0. Stawy lepsze. 2. X. C. $37\cdot_6^0$, $37\cdot_2^0$, $37\cdot_4^0$ t. 80. Szmer słyszalny. 4. X. C. $36\cdot_8^0$, $37\cdot_8^0$. Elektrargol codzień stosowany. Od 5. X. stan prawidłowy. Z przebiegu przypadku kol. Dehnel wnosi, że typowy gościec stawowy ostry miał związek z gorączką połogową i wywołany był temi samemi drobnoustrojami, paciorkowcami.

W dyskusyi a) kol. Guzowski zapytuje, czy wykonano badanie krwi, na co otrzymuje odpowiedź przeczącą. b) Kol. Arnold sądzi, że przytoczony przypadek nie stanowi przyczynku do etyologii gośćca, ponieważ nie dowodzi zupełnie, aby gościec był pochodzenia paciorkowcowego. Stawy mogą być zajęte po rozmaitych zakażeniach. c) Kol. Wołkowicz wyraża zdanie, że ostry gościec stawowy jest ściśle ograniczoną jednostką kliniczną. Zajęcia stawów zdarzają się po różnych chorobach zakaźnych, jak płonica, czerwonka. Takie zajęcia stawów różnią się klinicznie od gośćca. W danym przypadku nie było właściwego gośćca. Nie wiemy właściwie, jakie paciorkowce wywołują gościec. Przy właściwym gośćcu salicylan sodowy jest jakby odczynnikiem. Co do działania elektrargolu dotychczas nic stanowczego powiedzieć nie możemy. d) Kol. Kotarski wypowiada przypuszczenie, że gdyby elektrargol był stosowany od początku, nie byłoby następczego gośćca. e) Kol. Perelman miał w ostatnim czasie 3 przypadki zakażenia poporodowego, w których stosował wyłącznie elektrargol z dodatnim wynikiem f) Kol. Puterman potwierdza zdanie prelegenta, że zarówno objawy początkowe sprawy popołogowej, jak i późniejsze zmiany chorobowe ze strony wsierdzia i stawów, były wyrazem ogólnego zakażenia, wywołanego tymi samymi drobnoustrojami. Mowca ostrzega przed zbyt pochopnem stosowaniem surowic leczniczych »na wszelki wypadek«, bez uprzedniego ustalenia zarazka danej sprawy chorobowej; wprowadzenie bowiem drogą parenteralną do ustroju ludzkiego obcego białka, jakiem jest surowica zwierzęca, niezawsze pozostaje bez ujemnych dlań następstw. (Autoreferat). g) Kol. Czajkowski uważa sprawę gośćcową w danym przypadku za dalszy ciąg zakażenia połogowego. Dziwi się, że kol. Dehnel tak prędko się zniechęcił do surowicy, a stosował elektrargol pomimo również braku spadku ciepłoty po pierwszych dawkach. Kol. Cz. przypuszcza, że bez elektrargolu ciepłota taksamo by spadła. h) Kol. Dehnel zaznacza, że w analogicznych przypadkach stosuje surowicę, ale przestaje, o ile nie widzi żadnego wpływu.

2) W dyskusyi nad odczytem kol. Czajkowskiego a) kol. Puterman podnosi zasługi prelegenta, jako gorliwego pracownika na polu naukowem, wskazując zarazem na niesprzyjające pracom naukowym warunki, wśród których znajduje się lekarz na prowincyi. Tym właśnie warunkom, których świat naukowy uwzględnić nie może, przypisać należy wiele braków, które spostrzegać się dają w pracach prelegenta »o sztucznych surowicach«, w pracach, nie pozbawionych poniekąd pewnych cech oryginalnych (łączenie ciał bakteryjnych z fermentami zwierzęcych narządów mięśniowych). Kwestyonując ustaloną przez prelegenta badaniem bakteryologicznem krwi etyologię gośćca, mowca zwraca uwagę, że ani Meyerowi i Menzerowi, odkrywcom morfologicznie różniących się między sobą zarazków gośćcowych, dotąd zresztą przez świat naukowy nie stwierdzonych, ani powszechnie znanym bakteryologom Jochmannowi, Schottmüllerowi i innym dotychczas nie udało się wykryć we krwi swoistych zarazków gośćca. Dla stwierdzenia swoistości zarazka, używanego przez prelegenta do wyrabiania surowicy przeciwgośćcowej, prelegent, zdaniem mowcy, 1) posługiwał się zbyt szczupłym materyałem, badając krew w ośmiu zaledwie przypadkach, 2) celem identyfikacyi zarazka nie posługiwał się wcale subtelniejszemi, powszechnie już dziś używanemi metodami biologicznemi: hodowlą zarazka na różnorodnych podłożach, metodą Pfeiffera, metodą odchylania dopełniacza Bordet i Gengou i innemi. W dalszym ciągu wskazuje mówca na pewną sprzeczność zdań w poglądach prelegenta na własności jego surowicy. W zasadzie prelegent przypisuje surowicy swej własności bakteryobójcze. Zestawiając zaś działanie jej z działaniem surowic przeciwpaciorkowcowych, otrzymanych przez innych badaczy drogą odmienną, prelegent znajduje »tak nadzwyczajne podobieństwo, że pomimo woli dojść musi do wniosku, iż działanie obu surowic jest jednolite«; tymczasem surowice te przeciwpaciorkowcowe, przynajmniej w danym przypadku, okazują zgoła inne własności, niż surowica prelegenta, a mianowicie antytoksyczne, co widzimy z następującego, przez autora przytoczonego ustępu: »Są jednak przypadki, w których nie można zauważyć żadnego wpływu surowicy na ciepłotę i pomimo to jednak i w tych razach częstość i jakość tętna, łaknienie i sen tak się poprawiają, że nie można zapoznawać tutaj antytoksycznego działania surowicy«. W innem znów miejscu, krytykując teoretyczne wywody autorów, mające uzasadnić ujemne działanie surowic przeciwpaciorkowcowych w posoczniczem zapaleniu wsierdzia, prelegent mówi: »Dlaczego wydalanie i zobojętnianie połączenia jadu z przeciwjadem ma się odbywać prędzej i bezpieczniej w ogólnym krwiobiegu, a w sercu gorzej, zrozumieć trudno«. Tutaj wyraźnie mowa o toksynie (jad) i antytoksynie (przeciwjad). Zdawałoby się więc z powyższego, że prelegent utożsamia surowice bakteryobójcze z antytoksycznemi, przeczy wszakże temu następujące twierdzenie autora: »Surowicy antytoksycznej nie można porównywać z surowicą bakteryobójczą. Zabijanie, niszczenie doszczętne zarazków..., a zobojętnianie jadów, znajdujących się w stanie rozpuszczonym we krwi samej, to różnica kapitalna«. (Autoreferat).

b) Kol. Dehnel nie może się zgodzić, że paciorkowce, wykryte przez kol. Cz., były rzeczywiście zarazkami gośćca; przynajmniej w pracy swej kol. Cz. tego nie udowodnił. Następnie kol. D. zwraca uwagę, że dawniej prelegent surowice swoje nazywał szczepionkami, obecnie nadał im miano surowic sztucznych. Nazwa, zdaniem kol. D., nie trafnie wybrana. Terapia, która trwała w 15 przytoczonych przypadkach od trzech tygodni do kilku miesięcy, nie jest przekonywająca; salicyl prawdopodobnie prędzej usunąłby wszystkie objawy. Sposób działania surowicy prelegenta jest niejasny i niewytłumaczony.

c) Kol. Weinzieher wyraża pewne wątpliwości co do wykrycia przez prelegenta zarazka gośćca, którego to zarazka dotychczas nikomu się ze krwi tak łatwo wyhodować nie udało; kol. W. sądzi, iż prelegent powinien był podać metodę swego postępowania, aby mogła być sprawdzoną przez innych badaczy.

d) Kol. Arnold widzi pewien tragizm w tem, że prelegent zaniechał uzyskania koncesyi na wyrób swoich surowic, wskutek czego ogół lekarzy pozbawiony jest możności stosowania ich i wypróbowania; zwraca uwagę, że surowica prelegenta według jego danych zawsze dobrze działa i nigdy nie zawodzi, wtedy, gdy inne surowice tem się pochwalić nie mogą, co wymagałoby pewnego bardziej przedmiotowego potwierdzenia; wreszcie, zdaniem kol. A., czystość języka w pracy kol. Cz. pozostawia wiele do życzenia.

e) W odpowiedzi kol. Czajkowski zaznacza, że nie mógł przytaczać w pracy swej metod badania i t. p., nie mógł bowiem rozwlekać pracy swej do nieskończoności. Co do biologicznego znaczenia surowic, to sprawa ta dotychczas nie jest rozstrzygnięta. Skład chemiczny surowicy kol. Cz. dotychczas nie jest ściśle określony; to wiadomo, że białka strącalnego nie posiadają. Prelegent uważa za zupełnie uprawnioną nazwę surowicy sztucznej. Co do zarzutu, że po salicylu wyniki byłyby prędsze, to zwraca uwagę, że w przypadkach, leczonych surowicą, żadne zmiany nie pozostały. Zarazek, otrzymany ze krwi chorych, najwięcej ma podobieństwa do »streptococcus mitis«, słabo rośnie, nie daje hemolizy, ścina mleko, żelatyny nie rozpuszcza.

S. Weinzieher.

42. Zjazd chirurgów niemieckich

(Berlin, 26—29 marca 1913)

podał

Dr Adolf Klęsk.

1) Garré (Bonn). **Leczenie gruźlicy kości i stawów.** G. donosi na mocy swego 19-letniego doświadczenia o wynikach leczenia gruźlicy kości i stawów (przeszło 1000 przypadków). Gruźlica stawu barkowego leczy się zwykle dobrze zachowawczo, a do wycięcia stawu nadają się tylko przypadki najcięższe, podobnie gruźlica stawu nadgarstkowego, biodrowego, w części stopy. Przy gruźlicy stawu łokciowego u dorosłych trzeba uciekać się często do operacyi, podobnie przy gruźlicy stawu kolanowego. U dzieci wczas zastosowane leczenie zachowawcze wiedzie niemal zawsze do celu. Leczenie zastoiną, podobnie jak i promieniami Röntgena, często zawodzi. Cenne usługi oddaje leczenie dyetetyczno-klimatyczne, zwłaszcza przy naświetlaniu promieniami słońca, choć wymaga długiego czasu.

2) Wrześniowski (Częstochowa). **Operacya i leczenie ropnej gruźlicy stawów.** Przy ropnej gruźlicy otwiera W. szeroko staw i tamponuje gazą po wyczyszczeniu, a zupełnie nie szyje; unika przez to tworzenia się przetok, lecz leczenie trwa długo i wywołuje zesztywnienie; udaje się jednak nieraz uratować kończyny, skazane dawniej na odcięcie lub co najmniej wycięcie stawu.

Dyskusya. a) Bier stosuje zastoinę i jodek potasu, który zapobiegać ma tworzeniu się ropni zimnych. b) Quervain nie operuje obecnie gruźlicy kości i gruczołów prawie zupełnie, lecz leczy klimatycznie. c) König zaleca również leczenie klimatyczne, a gdy tego ze względu na stosunki finansowe chorego przeprowadzić nie można, stosuje K. naświetlania miejscowe i ogólne lampą kwarcową. d) Wilms osiąga, zwłaszcza w gruźlicy gruczołów szyjnych, dobre wyniki zapomocą naświetlania promieniami Röntgena. Także lampa kwarcowa oddaje dobre usługi, choć nie działa tak głęboko, jak promienie słońca. Przy silnym odczynie Pirqueta W. nie operuje. e) Friedrich przestrzega przed podawaniem jodu u osób młodych, bo nieraz to leczenie wywołuje zanik jąder i jajników.

3) Müller (Rostock). **W sprawie powstawania i leczenia ropowicy gazowej.** Ropowica gazowa powstaje po uszkodzeniach, ranach postrzałowych, a także przy uszkodzeniach jamy ustnej po operacyach na żołądku i jelitach. Ciężkie przypadki dają jeszcze zawsze 80—85% śmiertelności. W leczeniu prócz szerokich nacięć polecają tlen. Najczęściej przyczyną ropowicy gazowej bywa »bacillus capsulatus aërogenes«.

4) Kausch (Berlin). **O kollargolu.** Przy sprawach septycznych niezłe nieraz usługi oddają śródżylne wstrzykiwania kollargolu (10 cm^3 2% rozczynu). Wstrzykiwać należy bardzo wolno; w razie braku skutku podwaja się dawkę. K. osiągał też polepszenia, stosując kollargol przy rakach, nie nadających się do operacyi.

W dyskusyi zwracano uwagę na częste po kollargolu zmiany w nerkach. Kollargol oddaje nieraz dobre usługi w ciężkiej róży.

5) Schlossmann (Tübingen). **Jaką praktyczną wartość mają oznaczania krzepliwości krwi w chirurgii?** Badaniom krzepliwości krwi przyznaje S. wielką wartość. Wykrywają one nieraz ukrytą krwawiączkę, a także przy żółcicy są niezbędne. Gdy czas krzepnienia jest o połowę krótszy, wtedy zwykle rokowanie jest poważne, gdy jest o połowę dłuższy, należy być przygotowanym na krwotok następowy. Badania krzepliwości przekonały również S., że działanie żelatyny i wapnia jest bardzo wątpliwe, natomiast najskuteczniej jeszcze działają soki, wyciśnięte z tkanek.

6) Wrede (Jena). **O miesieniu serca.** Przy miesieniu serca trzeba jako środki pomocnicze stosować wysokie ułożenie, przewiązywanie kończyn dolnych, wstrzykiwania przetworów nadnerczy i sztuczne oddychanie. Tkanki różnie znoszą brak krwi: mózg obumiera już po 15 minutach niedokrwienia, natomiast w sercu udaje się wywołać skurcze jeszcze po 24 godzinach. Miesienia serca trzeba próbować zawsze w przypadkach ostatecznych, bo nieraz może ono jeszcze wywrzeć jakiś skutek.

Dyskusya: a) Kümmel próbował tego zabiegu cztery razy i dwa razy udało się chorego wyratować. b) Siewers twierdzi, że miesienie działa szkodliwie na samo serce. c) Wendel podaje, że uratował w ten sposób także dwóch chorych. (C. d. n.).

O samarytanizmie

podał

Dr Adolf Klęsk

Dyrektor Domu samarytańskiego P. P. Ekonomek w Krakowie.

Uwagi niniejsze opierają się na przeszło dziesięcioletniem doświadczeniu mojem na polu samarytanizmu. Mając już obecnie setki uczennic, które owocnie nieraz pracują na tem polu, z zadowoleniem mogę stwierdzić, że wszelkie zarzuty, czynione

samarytanizmowi, okazały się bezpodstawnymi i pochodzą tylko z teoretycznego zapatrywania się na tę sprawę.

Zarzuty te są następujące: 1) Obznajmianie powierzchowne ludzi z nauką lekarską pobudza ich tylko do »leczenia« czyli partactwa na własną rękę. 2) Osoby takie szkodzą przez to interesom stanu lekarskiego, jak również chorym, bo w wielu przypadkach odciągają chorych od porady lekarskiej. Nim odpowiemy na te zarzuty, podajmy definicyę samarytanizmu. Samarytanizm ma dwa główne cele: 1) Udzielanie pierwszej pomocy w nagłych przypadkach, ew. opieka nad chorym aż do przybycia lekarza. 2) Opieka nad ciężko chorym, polegająca na obsługiwaniu chorego, wypełnianiu poleceń lekarskich, czuwaniu nad chorym, obserwacyi i donoszeniu lekarzowi o stanie chorego, przebiegu i powikłaniach choroby.

Już z tego zarysu widzimy, jak daleko od racyonalnego samarytanizmu do partactwa, bo mylne jest określenie samarytanizmu, jako udzielanie pomocy choremu przez nie-lekarza.

Na zarzuty, czynione samarytanizmowi, odpowiedzieć nie trudno. Jasną przecież jest rzeczą, że lepiej jest, by w nagłym przypadku udzielała pomocy osoba, mająca o tem pojęcie i pouczona o tem, że tu lekarz potrzebny, jak osoba, która z tem nigdy nic nie miała do czynienia. A przecież jedna z nich musi to uczynić, nim lekarz nadejdzie.

Dalej powszechnie znaną jest rzeczą, że są osoby, z natury już do partackiego leczenia skłonne. Te »leczyć« będą właśnie nie ucząc się samarytanizmu, a dopiero nauka tego, wstrzyma nieraz ich zapały, bo wtedy dopiero dowiedzą się o możliwych powikłaniach chorób i odpowiedzialności, jaka ich czeka w podobnych razach.

Zwalczanie czy nietolerowanie samarytanizmu ma ten skutek, że rozwija się on wbrew woli jego przeciwników, często pomagając ludzkości i właśnie odciągać mógłby chorych od lekarzy, a zwabiać ku pseudo-samarytanizmowi.

Rzecz prosta jednak, że nauka samarytanizmu powinna być racyonalną, prowadzoną jedynie przez lekarzy i wtedy staje się ona jedną z dzielnych broni przeciwko partactwu.

Ja osobiście zrobiłem właśnie spostrzeżenie, że uczennice moje, udzielające pomocy po wsiach, właśnie zawsze kierują chorych do lekarzy, nieraz przy najdrobniejszych uszkodzeniach i cierpieniach, z pewnością zaś nieraz i wtedy, kiedyby sam chory ani pomyślał o udaniu się do lekarza. Ale też kursa samarytańskie powinny być w tym duchu prowadzone.

Przez zbieg wypadków politycznych powstał obecnie zapał do samarytanizmu. Wielu kolegów z prowincyi zwróciło się też do mnie z zapytaniem, jak prowadzę moje kursa samarytańskie. Służyłem i służę wyjaśnieniami zawsze z ochotą, bo przez doświadczenie wyrobiłem sobie pod tym względem niejako technikę prowadzenia kursów, przekonawszy się, że pewne rzeczy są zbyteczne, a inne znów przy wykładach niezbędne. Plan moich kursów podałem też na konstytuującem posiedzeniu »Towarzystwa Samarytanina Polskiego«.

Bezwątpienia główną zasługę około rozwoju samarytanizmu na kontynencie Europy położył Esmarch. Pobudką do tego była dla niego bytność w Anglii, gdzie zobaczył działalność t. zw. »St. John-Ambulance-Association« (założone po wojnie w r. 1870/71). Po powrocie do kraju postanowił Esmarch urządzić coś podobnego w Niemczech, co też wprowadził w czyn w r. 1882 w Kilonii. Esmarch założył tam »Związek samarytański«, do którego przystąpiła zaraz cesarzowa Augusta, a po niej Fryderyka, a prezydentem był książe Henryk. Esmarch zorganizował wykłady samarytańskie, na których przez 5 godzin udzielano najpotrzebniejszych wiadomości, a mianowicie wykładano: anatomię, fizyologię, zranienia, uszkodzenia, zemdlenia, utopienia, zatrucia, cucenie chorych, sztuczne oddychanie, transport chorych, a wreszcie opiekę nad obłożnie chorym. Znane dziełko Esmarcha: »Die erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen« doczekało się kilkunastu wydań i zostało przetłómaczone w 25 językach. Na tych podwalinach samarytanizmu zaczęły rozwijać się różne związki samarytańskie, do których u nas między innemi należy »Sekcya szpitalna Stowarzyszenia Panien Ekonomek«.

Uznając w pełni potrzebę obu celów samarytanizmu, kształci się i u nas dwie kategorye uczennic; jedne w kursach dwumiesięcznych w udzielaniu pierwszej pomocy w nagłych przypadkach i opatrywaniu chorych, drugie w kursach 18-miesięcznych na zawodowe opiekunki chorych (pielęgniarki).

Panie, pobierające kursa samarytańskie, odbywają najpierw kurs teoretyczny, obejmujący 12 godzin. Na kursie tym wykładam (według godzin rozkładu): 1) anatomię i fizyologię, 2) aseptykę, 3) rodzaje i gojenie ran, 4) tamowanie krwotoków i ich rodzaje, 5) sztuczne oddychanie, ratowanie nieprzytomnych 6) uszkodzenia, ciała obce, 7 i 8) ćwiczenia w zakładaniu opasek 9 i 10) opieka nad obłożnie chorymi (typowe leki), 11) transport chorych, odkażanie, 12) choroby zakaźne, rak, gruźlica, higiena ciąży, porodu i dziecka. Następnie dopiero odbywają panie pod mojem okiem ćwiczenia praktyczne, opatrują chorych, stawiając im bańki, stosując wziewania, ogrzewania w aparatach z gorącem powietrzem, zakrapiając oczy, pielęgnując chorych w domu samarytańskim i t. d. W wykładach moich na każdym kroku zwracam uwagę na to, że pierwszą rzeczą zawsze jest posłanie po lekarza i przedstawiam zgubne skutki zaniedbania tej zasady.

Kursa te mają jeszcze inne znaczenie. Panie, biorące udział w kursach, zaznajamiają się z walką z chorobami zakaźnemi, poznają wartość i doniosłość donoszenia o podejrzanych przypadkach chorób zakaźnych, poznają doniosłość walki z gruźlicą, wczesnego odsyłania do lekarza chorego z podejrzeniem co do raka i t. p. Wielce w tym względzie są mi pomocne odpowiednie tablice kolorowe, przedstawiające straszne skutki zaniedbania wspomnianych cierpień.

Ciekawą jest rzeczą poznać przyczyny, dla których panie uczestniczą w kursach. Pomijam tu modę, która wszędzie stanowi jeden z poważnych czynników, a przechodzę do innych. Przeważnie panie twierdzą, że uczęszczają na kurs dlatego, by na wsi umieć udzielić pomocy w nagłym przypadku. Panie z miasta pragną znów mieć jakie takie wiadomości w razie choroby w domu, a są wreszcie takie, które uczą się samarytanizmu z zamiłowania, względnie celem dopełnienia wykształcenia. Nieraz ze samarytanek dyletantek wyrabiają się potem wzorowe zawodowe opiekunki chorych.

Dowodzić chyba nie trzeba, jak potrzebną jest instytucya zawodowych opiekunek chorych (pielęgniarek). Przez zawodową pielęgniarkę rozumiem jednak nie taką osobę, która tak się sama tytułuje, lecz osobę, która uzyskała odpowiednie wiadomości i doświadczenie szpitalne przy łóżku chorego.

Dotąd były u nas opiekunkami chorych osoby proste, które rekrutowały się przeważnie z byłych posługaczek szpitalnych i klinicznych. Jak ten materyał jest różny, wie dobrze niemal każdy kolega. I właśnie to było najgorsze, że idealni dozorcy chorych pozostawali zwykle w szpitalu długo, bo są tam zatrzymywani wszelkiemi siłami, natomiast osoby mniej do tego się nadające, po przebyciu kilku miesięcy w szpitalu lub klinice, szły »na miasto«, zajmując się pielęgnowaniem chorych. Ten gatunek »pielęgniarzy« uważam za najgorszy, bo właśnie bez żadnych naukowych podstaw, zbyt ufny w siebie, a przez to skłonny do partactwa. Kształcenie fachowe osób do pielęgnowania chorych, zwłaszcza osób inteligentnych, uważam za jedno z bardzo ważnych zadań medycyny. W innych krajach, zwłaszcza w Anglii i Niemczech, zawodowe opiekunki chorych cieszą się wielkiem uznaniem i stały się niemal prawą ręką lekarzy.

U nas kształcenie opiekunek chorych stało do niedawna jeszcze na bardzo nizkim poziomie. Od roku 1895—1900 istniała przy lwowskim szpitalu krajowym szkoła dozorczyń dla chorych, założona i utrzymywana kosztem Wydziału krajowego i Stowarzenia Czerwonego Krzyża. Wszystkiego odbyło się 6 kursów. Kurs nauki trwał 6 miesięcy, a ogólna liczba frekwentantek wyniosła 70. Konieczność reaktywowania tej szkoły i zakładania dalszych szkół, w pierwszym rzędzie dla Sióstr zakonnych w szpitalach publicznych, poruszył w r. 1907 w »Przeglądzie lek.« kol. Ciechanowski. Dzięki staraniom kol. Starzewskiego, dyrektora krajowego szpitala we Lwowie, została też w roku 1910 znowu otwarta taka krajowa szkoła przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie. Uczęszczać mogą do niej osoby zakonne, a wyjątkowo tylko świeckie (o ile jest miejsce wolne). Nauka trwa 5 miesięcy dla zwyczajnych uczennic zakonnych, a 10 miesięcy dla nadzwyczajnych uczennic świeckich. Nauka w szkole odbywa się codziennie od godz. 8—9 rano, nauka zaś praktyczna po oddziałach szpitalnych przez cały dzień do $6\frac{1}{2}$ wieczorem z przerwą $1\frac{1}{2}$-godzinną na obiad, jednogodzinną na kolacyę. Dyżury nocne od godz. 6 wieczorem do 5 rano odbywają uczennice na przemian. Z końcem kursu odbywa się publiczny egzamin wobec komisyi, wydelegowanej przez Wydział krajowy i Towarzystwo Czerwonego Krzyża, poczem uczennice otrzymują dyplomy.

Dzięki uprzejmości kol. Starzewskiego mogę podać o tej szkole bliższe szczegóły. Koszt całego utrzymania 24 uczennic zakonnych opłaca fundusz krajowy. Reszta uczennic korzysta z nauki bezpłatnie, musi jednakże koszta utrzymania pokrywać

z własnych funduszów. Ogólna liczba dotychczasowych uczennic wynosi 199. Z tej liczby było: 192 osób zakonnych, a mianowicie ze Zgromadzeń: Służebniczek N. M. P. 40, SS. Serca Jezusowego 26, SS. Miłosierdzia 39, SS. Józefitek 20, SS. Serafitek 18, SS. Rodziny Maryi 17, Służebnic N. P. M. greck.-kat. 14, reszta po kilka ze Zgromadzeń SS. Nazaretanek, Benedyktynek, Dominikanek i Urszulanek.

Program i zakres wiadomości udzielanych w szkole określa w głównych zarysach podręcznik kol. Starzewskiego »Pielęgnowanie chorych«, wydany w roku 1912 (Gubrynowicz — Lwów).

Jeżeli się zważy, jak cenną pomocą w szpitalach, zwłaszcza na prowincyi, są dla lekarza zakonnice, przyznać trzeba, że na tem polu przez prowadzenie szkoły lwowskiej położył kol. Starzewski wielkie zasługi. Miałem nieraz sposobność już w praktyce prywatnej oceniać wiadomości jego uczennic i przekonałem się, że mają one wykształcenie bardzo dobre i dają sobie znakomicie radę przy chorym.

Pozostała jednak jeszcze w pielęgniarstwie luka, a mianowicie kształcenie świeckich opiekunek chorych, tylko, a raczej głównie potrzebnych do praktyki prywatnej. Dzięki niestrudzonym staraniom krakowskich Panien Ekonomek, przy życzliwem poparciu SS. Miłosierdzia i dyrektora ich X. Słomińskiego, powiodło się nam w końcu niemałym nakładem pracy i kosztów założyć w Krakowie zawodową szkołę pielęgniarek.

Nauka zawodowego pielęgniarstwa odbywa się u nas w osobnym gmachu, do tego przeznaczonym, połączonym z internatem, choć i eksternistki, t. j. mieszkające na mieście uczennice, uczęszczają do szkoły. Rocznie kształcimy około 20 uczennic. W szkole naszej wykłada 6 profesorów, a kierownictwo spoczywa w sprężystych rękach kol. Damskiego, który wiele swego czasu tej pożytecznej instytucyi poświęca. Przedewszystkiem starano się o dobór odpowiedniego materyału uczennic tak pod względem fizycznym, jak moralnym i intelektualnym. Nauka trwa, jak wspomniałem, 18 miesięcy.

Przez pierwsze półrocze pobierają uczennice naukę podług następującego planu: anatomia (2 godz.), fizyologia (1), higiena i dyetetyka (2), ogólna nauka o chorobach i objawach (1), ogólne wykłady o pielęgniarstwie (4), aseptyka (2); prócz tego praktycznie pod mojem okiem uczennice kształcą się w ambulatoryum i naszym szpitalu, pomagają w opatrunkach, asystując przy operacyach, a wreszcie każda uczennica przez kurs ma najmniej 2 chorych, których pielęgnuje, obserwuje i na wizytach zdaje mi z tego ustnie i pisemnie relacyę. Nadto uczennice mają dyżury, w czasie których przygotowują materyał opatrunkowy, robią maści i rozczyny, wyjaławiają opatrunki, a wreszcie czyszczą i przygotowują sale opatrunkowe i operacyjną. Prócz tego jeszcze mają przez jedną godzinę tygodniowo naukę w kuchni, gospodarstwa domowego i sporządzania potraw dla chorych, a wreszcie pielęgnowania umysłowo chorych.

Na dalsze dwa półrocza idą uczennice na praktykę do szpitala św. Łazarza, przechodząc kolejno wszystkie oddziały, a prócz tego mają jeszcze wykłady z zakresu chorób zakaźnych, odkażania i repetytorya z poprzednich wykładów. Po kursie pierwszym odbywa się egzamin wobec szerszej komisyi i po złożeniu tego egzaminu zaczyna się praktyka w szpitalu św. Łazarza. Egzamin znowu po trzeciem półroczu z zadowalniającym postępem złożony, nadaje prawo do dyplomu, który wydaje Rada nadzorcza.

Marzeniem mojem jest jeszcze, byśmy w przyszłości kształcić mogli trzeci rodzaj uczniów, mianowicie kandydatów i kandydatki na posługaczy i posługaczki szpitalne. Konieczność szkół dla tej kategoryi osób wykazywał w r. z. w »Przeglądzie lek.« kol. Ciechanowski. Tutaj naturalnie nacisk główny byłby kładziony na kształcenie praktyczne, kurs trwałby krócej, udzielaneby były tylko najpotrzebniejsze wiadomości teoretyczne. Uczniowie tacy i uczennice nie byłyby oczywiście uprawnione do zawodowego pielęgnowania chorych w praktyce prywatnej. Mamy też zamiar urządzić biuro, które na życzenie lekarzy wysyłać im będzie do chorych opiekunki zawodowe.

Jeżeli już w czasie pokoju potrzeba samarytanek i pielęgniarek jest wielka, to zwiększy się ona znacznie w razie wojny. I tu przyznać trzeba ze smutkiem, braki są bardzo znaczne. Podług obliczenia st. generał-lekarza sztabowego Uriela, w razie wojny w Austro-Węgrzech liczba rannych może wynosić około 100.000, z czego 60.000 przypada na Austryę, a 40.000 na Węgry. »Czerwony Krzyż« może zaopiekować się zaledwo 10.000 zranionych i chorych tak, że 50.000 chorych musiałoby być oddane w opiekę inną, np. ochotniczą. Szpitale polowe przyjąć mogą po 200 zranionych, potrzebaby było zatem 250 takich szpitali, a 200 do 500 pokojów dla chorych (po 20 w każdej sali). Z obliczenia tego można już zdać sobie sprawę, jak wielkiej liczby samarytanek potrzebaby do obsługi tych chorych. Prof. Hochenegg z Wiednia, zajmujący się także żywo tą sprawą, oblicza potrzebę na 20.000 samarytanek, jeżeli weźmie się w rachubę szpitale dla rannych, dla zakaźnych, place opatrunkowe i place pierwszej pomocy, stacye chorych (Marodenhäuser) i t. d. Jest to liczba bardzo poważna, jeżeli się zważy, że z pań, uczących się samarytanizmu, co najwyżej połowa ofiarowałaby swe usługi dla rannych poza miejscem swego zamieszkania.

Zyskiwanie więc tutaj odpowiednich sił jest bardzo potrzebne i opiekunek tych w razie wojny nie może być nigdy za dużo. Wielką też zasługę będą mieć ci koledzy, którzy urządzają kursa samarytańskie lub przynajmniej namawiają i kierują w odpowiednie miejsca osoby, chcące się poświęcać zawodowemu pielęgniarstwu.

Zwiększyćby można szeregi samarytańskie przez wciągnięcie do nich za radą Hochenegga młodzieży akademickiej, a mianowicie głównie tych, którzy albo są jeszcze do wojska za młodzi, lub też niezdatni do służby wojskowej pod bronią. Zjednałoby się przez to dużo sił ochoczych, a co najważniejsze inteligentnych, pojmujących dokładnie ważność swego zadania.

Towarzystwo »Samarytanin polski«, pod egidą tak zasłużonego na polu działalności publicznej radcy dworu prof. Wicherkiewicza, może też poszczycić się pięknym plonem. W odbytych niedawno kursach, prowadzonych przez fachowych chirurgów, brało udział około 1300 osób, a ruch samarytański rozwija się żywo także na prowincyi.

Wreszcie konieczne jest w wielu zawodach także w czasie pokoju kształcenie w udzielaniu pierwszej pomocy w nagłych przypadkach. Tak np. powinny być kursa samarytańskie bezwarunkowo udzielanie nauczycielom i profesorom szkół ludowych i średnich, inżynierom i urzędnikom fabryk, straży pożarnej, a zwłaszcza policyjnej i żandarmeryi. Wykłady odbywają się już częściowo w seminaryach, na kursach pożarnictwa i t. p. Straż policyjna i żandarmerya powinna też być dokładnie zapoznana z udzielaniem pomocy w nagłych przypadkach, z walką z chorobami zakaźnemi i t. p. Policyanci wielu miastach zagranicznych odbywają też podobne kursa, a nawet mają zawsze na służbie torebkę z najważniejszymi środkami opatrunkowymi i lekarskimi. Podobnie ćwiczenia samarytańskie odbywają ze służbą kolejową lekarze kolejowi. Dodać tu trzeba, że kursu samarytańskiego słucha każdy chętnie, tak, że słuchacze ci należą zwykle do najpilniejszych. Rząd i kraj powinien przyjść z pomocą podobnym staraniom przez odpowiednie zasiłki, choćby tylko na sprawienie niezbędnych przyrządów, tablic i innych rekwizytów.

Myśleć o samarytanizmie poważnie dopiero wtedy, gdy praktyczna działalność jest już niezbędna, to za późno!

Szybki rozwój szpitali, zakładów leczniczych prywatnych i publicznych zwiększa stale zapotrzebowanie zawodowych opiekunek chorych. Zrozumiał to też rząd i w niedawno wydanem rozporządzeniu zapowiedział, że starać się będzie o popieranie

przy większych szpitalach kształcenia dozorców i dozorczyń chorych. Sprawa ta jest ważną także dla kolegów, kierujących szpitalami na prowincyi, zwłaszcza tam, gdzie personal lekarski jest szczupły, a gdzie prócz tego lekarze, i tak już przeciążeni pracą, muszą sami z powodu braku wyćwiczonej służby spełniać nieraz przy chorych czynności, zupełnie do nich nie należące.

Opieka nad chorymi jest wprawdzie zawodem ciężkim, ale bardzo wdzięcznym i pięknym, a co także ważne, obecnie z powodu braku sił dającym także niezły dochód. W tej też myśli kol. Wachtel ogłosił niedawno w »Czasie« artykuł, zachęcający nasze panie do poświęcania się temu szczytnemu zawodowi. Rozumiem dobrze, że i tu, jak na innych polach, zwalczać trzeba z początku różne trudności, a nawet zakorzenione przesądy, mam jednak nadzieję, że w niedługim czasie pomnożą się w społeczeństwie naszem szeregi pielęgniarek i powstanie, zwłaszcza dla kobiet, nowe pole skutecznej działalności w zawodzie, który cieszy się w krajach Zachodu nietylko powodzeniem, ale szczególną nawet czcią i szacunkiem społeczeństwa.

Zwracam się też jeszcze raz do kolegów, zwłaszcza z prowincyi, ze słowami zachęty do urządzania kursów samarytańskich. Niewiele to im zajmie czasu, przyniesie wielką korzyść naszemu społeczeństwu, a zarazem wpływać będzie uświadamiająco na ludność, zachęcając do rychłego wzywania lekarzy. W kursach tych można także podać w formie przystępnej wiadomości popularne z higieny, walki z gruźlicą i rakiem, co już chyba samo ma niezmiernie doniosłe znaczenie.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 23. IV. b. r. posiedzenie, na którem kol. F. Walter przedstawił chorego z oddziału prym. Borzęckiego, a Dr Blassberg miał wykład: »O fosfaturyi«. W dyskusyach przemawiali prym. Borzęcki, Dr Blassberg, Dr Edelman i doc. Seńkowski.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 19. IV. b. r. we Lwowie następującemi sprawami: 1. Zwalczanie chorób zakaźnych w szkołach. 2. Prywatne sanatoryum w Zakopanem. 3. Ulgi dla rodzin lekarzy i wdów i sierót po lekarzach w Krynicy. 4. Reorganizacya Krajowej Rady zdrowia. 5. Okręg sanitarny w Raniżowie w pow. kolbuszowskim. 6. Przeniesienie siedziby lekarza okręgowego w pow. zbaraskim.

— Uchwalona przez Towarzystwo lekarskie krakowskie w d. 19. IV. rezolucya w sprawie szpitala św. Ludwika opiewała, jak następuje: »Krakowskie Tow. lekarskie poczuwa się do obowiązku zwrócenia uwagi czynników miarodajnych na grożące miastu niebezpieczeństwo zniesienia kliniki i szpitala dla dzieci, oraz zmniejszenia i tak już niedostatecznej ilości łóżek dla chorych zakaźnych i upraszą Wydział krajowy, Koło polskie, Ministerstwo dla Galicyi i Namiestnictwo, aby temu grożącemu niebezpieczeństwu zapobiegły«.

— Otrzymaliśmy następujące pismo z prośbą o zamieszczenie: »Szanownych Kolegów internistów upraszam, aby zechcieli przybyć do kliniki medycznej w dniu 30. kwietnia o godz. 10 rano w celu zaopiniowania projektu statutu Internistów Polskich. W. Jaworski«.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stefan Karol Then, rodem z Wieliczki.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. IV. do 19. IV. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych — † —), krztuśca 4, ospy wietrznej 4, płonicy 8 † 4 (— † —), odry 2 (—), duru brzusznego — † — (1 † —), czerwonki — † — (— † —), kuru 1, róży 2. Dr Janiszewski.

— Do nabycia tanio różne narzędzia lekarskie, dzieła polskie i niemieckie, m. i. »Nauka o chorobach wewnętrznych« prof. Jaworskiego, »Dyagnostyka różniczkowa« Biegańskiego, chirurgia prof. Rydygiera, ginekologia prof. Bylickiego, położnictwo prof. Jordana i Dobrowolskiego i w. i. u p. Zofii Mańkowskiej (Kraków, Batorego 29).

— O Krynicy doszła nas nader pomyślna wiadomość, mianowicie, że rząd centralny w Wiedniu zatwierdził ostatecznie projekt budowy łazienek hydropatycznych i borowinowych kosztem 1.000.000 koron.

Warszawa. Myśl utworzenia »Delegacyi lekarskich«, która może mieć bardzo doniosłe skutki, podał w Warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy Dr Józef Jaworski. Delegacye takie tworzone przez Zarząd Stowarzyszenia, a złożone z 3—5 członków, odbywałyby wycieczki do większych miast prowincyonalnych i konferencye z lekarzami, przybyłymi z prowincyi do Warszawy, celem zapoznania się i zbliżenia z lekarzami prowincyonalnymi, zbadania stanu szpitalnictwa w kraju, stanu pomocy lekarskiej, urządzeń sanitarnych i t. d. i zbierania materyału do wydawania monografii sanitarnych. O ile delegacye takie znajdą oddźwięk wśród lekarzy prowincyonalnych, to, jak podnoszą pisma lekarskie warszawskie, wytworzą one spójnię lekarzy w całym kraju na różnych polach działalności lekarskiej, społecznej, oświatowej i kulturalnej, na czem zyskać może i stan lekarski i ogół społeczeństwa.

— W szpitalu Dzieciątka Jezus stanąć ma nowy pawilon chorób wewnętrznych na 180 łóżek kosztem 300.000 rubli.

— W Lublinie ma się odbyć w czerwcu lub w Lipcu Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego. Towarzystwo lekarskie lubelskie podjęło już starania o zezwolenie władz na ten Zjazd.

— Osobliwy, a rzeczywiście przygnębiające wrażenie budzący »nekrolog« pomieszcza w »Gazecie lekarskiej« (Nr 16) Dr A. Jarosiński. Jestto »wspomnienie« o szpitalu św. Pawła w Sterdyni, założonym przez Ludwikostwa Górskich za staraniem Dra Rosickiego w r. 1862. Szpital ten po 40 z górą latach pożytecznej działalności istnieć przestał i został 13. i 14. IV. b. r. z licytacyi sprzedany. Przyczyną tej ostateczności był brak funduszów, które płynęły z ofiarności publicznej dostatecznie aż do ostatniej ery bytu szpitala, zaznaczającej się wpływem względów politycznych. W tej erze ofiarność, rzecz prosta, słabnąć poczęła i w końcu zupełnie zanikła. Szpital ten miał 17 łóżek i leczył 300 chorych rocznie.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 14. IV. do 21. IV. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 2 † 1, duru wysypkowego —, róży —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na porządku dziennym ogólnego posiedzenia Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu d. 5/18 kwietnia b. r. znajdowały się następujące wykłady: 1) Dr Gintyłło: Wrażenia z wycieczki na wojnę bułgarsko-turecką. 2) P. Dryjski: Problemat lokalizacyi zjawisk duchowych.

— W Tryeście pojawiły się przypadki choroby zakaźnej, wzbudzającej przypuszczenie nieznanego tam duru osutkowego. Dla stwierdzenia rozpoznania delegował rząd do Tryestu inspektora sanitarnego Dr Kuhna ze Lwowa.

Mianowani: Prof. Strasburger z Wrocławia dyrektorem polikliniki chorób wewn. we Frankfurcie n. M.; fizyolog prof. Fr. Hoffmann z Pragi profesorem w Królewcu.

Zmarli:

Dr Józef Pstrokoński z Warszawy zmarł w 43 r. ż. w Bordighera. Uzyskawszy w r. 1896 w Warszawie dyplom doktorski »cum eximia laude«, otrzymał stanowisko pomocnika profesora przy katedrze anatomii patologicznej w Warszawie, gdzie pracował do r. 1909. Ogłosił szereg prac kazuistycznych. Jednocześnie pracował w szpitalu Dz. Jezus na oddziałach Dr Sokołowskiego i Dunina przez lat 6, a następnie jako asystent Dr Watraszewskiego w szpitalu św. Łazarza, gdzie też wkrótce otrzymał stanowisko ordynatora.

Dr Karol Rudnicki w 56 r. ż. w Szczucinie, gdzie praktykował przez lat blizko 30, a wybierany przez szereg lat burmistrzem i członkiem Rady i Wydziału powiatowego, znaczne na tych stanowiskach położył zasługi.

Redakcya otrzymała: Bier: 1) W sprawie mola mącznego i jego tępienia w młynach. (Przegl. hig.). 2) O organizacyi nadzoru nad żywnością. (Zdrowie 1910). 3) Działalność c. k. Zakładu badania środków spożywczych w Krakowie w r. 1907. 4) Toż za r. 1908. 5) Toż za r. 1909 i 1910. 6) Kukurydza i jej przetwory młynarskie sprzedawane w Galicyi jako pokarm ludzki. — Wincenty Puławski: Zapobieganie chorobom zakaźnym wśród ludu w osadach i wsiach (Zdrowie 1913). — Sędziak. O ciałach obcych w górnych drogach oddechowych i pokarmowych, oraz w uszach (Nowiny lek.). — Czajkowski: O leczeniu swoistem reumatyzmu (Nowiny lek.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 30. kwietnia 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye. 2) Dr Skórczewski: O wpływie leczenia radem na przemianę materyi.